Troisième âge et soins de santé

Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé, mai 1986

Parrainé par le
Conseil économique du Canada

87-04994/

Le **Conseil économique du Canada** est un organisme consultatif indépendant dont le mandat lui enjoint de faire des études, donner des avis et dresser des rapports concernant une grande variété de questions rattachées au développement à moyen et à long termes de l'économie canadienne. Le Conseil est une société de la Couronne composée d'un président, de deux directeurs et d'au plus vingt-cinq autres membres.

En tant que personne morale, le Conseil assume l'entière responsabilité du contenu de l'*Exposé annuel*, ainsi que de certains autres rapports qui sont clairement désignés comme étant des *Rapports du Conseil*. Il publie aussi d'autres ouvrages dont le contenu est explicitement attribué à des auteurs particuliers plutôt qu'au Conseil lui-même. Ces ouvrages à nom d'auteur sont publiés dans l'une ou l'autre des collections suivantes : les *Études*, qui portent sur des sujets susceptibles d'intéresser un vaste auditoire; les *Analyses techniques*, qui traitent de questions susceptibles d'intéresser les spécialistes dans les domaines étudiés; les *Documents*, qui renferment les résultats provisoires de travaux en cours ou portent sur des sujets s'adressant à un auditoire hautement spécialisé dans le but de stimuler la discussion entre spécialistes, et les *Comptes rendus de conférences*. Le Conseil établit une politique générale touchant ces textes, mais c'est au président qu'il incombe de prendre la décision finale de faire publier, sous les auspices du Conseil, des ouvrages dans ces quatre collections.

Pour se prononcer sur la qualité et l'objectivité des ouvrages à nom d'auteur, le président est conseillé par les deux directeurs. De plus, dans le cas des études et des analyses techniques, le président et les deux directeurs sollicitent l'avis de lecteurs extérieurs spécialisés, qui remettent un rapport confidentiel sur la qualité de ces textes. Le fait de publier un ouvrage à nom d'auteur ne signifie pas que le président ou les membres du Conseil souscrivent aux conclusions ou recommandations qu'il contient, mais plutôt que l'analyse est jugée d'une qualité suffisante pour être portée à l'attention du public.

Troisième âge et soins de santé

Troisième âge et soins de santé

Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé, mai 1986

Exposés présentés lors d'un colloque parrainé par le Conseil économique du Canada. Bien que ce document soit publié sous les auspices du Conseil, les opinions qui y sont exprimées demeurent celles des auteurs et, en tant que telles, n'ont par reçu l'adhésion des membres du Conseil économique du Canada.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987

En vente au Canada par l'entremise de nos

agents libraires agréés
et autres librairies

ou par la poste auprès du :

Centre d'édition du gouvernement du Canada
Approvisionnements et Services Canada
Ottawa, Canada K1A 0S9

N° de catalogue EC22-139/1987F
ISBN 0-660-91908-7

au Canada : 9,95 $
à l'étranger : 11,95 $

Prix sujet à changement sans préavis

Tous droits réservés. On ne peut reproduire aucune partie du présent ouvrage, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit (électronique, mécanique, photographique) ni en faire un enregistrement sur support magnétique ou autre pour fins de dépistage ou après diffusion, sans autorisation écrite préalable des Services d'édition, Centre d'édition du gouvernement du Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9.

This report is also available in English under the title: *Aging with Limited Health Resources.*

Table des matières

1 Introduction, par Judith Maxwell 1

2 Perspectives internationales 5
William A. Glaser : Les problèmes dans le domaine des soins de santé au Canada et les solutions inspirées de l'étranger 5
Robert L. Kane : L'opinion d'un américain sur le sytème canadien de soins de santé 18
Betty Havens : Propositions applicables à l'échelle nationale et internationale 21
Discussion générale 26

3 Offre et demande de services de santé 31
Alan Walker : Le troisième âge et les soins de santé au Canada – Quelques observations inspirées de l'exemple britannique 31
Kenneth G. Manton : Rapport entre morbidité et mortalité – L'incidence d'une meilleure espérance de vie à un âge avancé sur la demande de services de santé 45
Noralou P. Roos, Evelyn Shapiro et Betty Havens : Le vieillissement dans un contexte de ressources limitées – Quelles devraient être nos préoccupations véritables ? 56
Discussion générale 63

4 Les diverses façons de prodiguer les soins de santé 67
Duncan Robertson : Méthodes de prestation des soins de santé et vieillissement de la population au Canada 67
Greg L. Stoddart : Soins de santé pour les personnes âgées au Canada – Un éventail de scénarios 78
John M. Horne : Au-delà de la « déshospitalisation » des personnes âgées – Les avantages financiers d'une approche plus radicale à la réforme du système de soins de santé d'ici l'an 2021 81
Discussion générale 89

5 Le progrès des soins préventifs 91
Madeleine Blanchet : Les progrès dans le domaine préventif 91
Donald T. Wigle : Objectifs pour le Canada en matière de santé 105
Carol Buck : La durée et la qualité de la vie peuvent-elles être améliorées par des moyens directs ? 115
Discussion générale 118

6 Définir des objectifs mesurables pour le contrôle des coûts des soins de santé, par Monique Jerôme-Forget 121

7 Les progrès de la technologie médicale 129
H. David Banta : Le vieillissement et les technologies nouvelles dans le domaine des soins de santé 129

Roger W. Evans : Réflexions sur le progrès des techniques médicales 137
Raisa B. Deber : Les progrès de la technologie en médecine 150
Discussion générale 155

8 Limites financières et bioéthique 159
Le révérend Jack Gallagher : Contraintes économiques et bioéthiques 159
Margaret A. Somerville : Le cadre de la prise de décisions et le rationnement des ressources médicales 163
Sœur Nuala Kenny : Éthique et restrictions 170
Discussion générale 172

9 Le programme canadien de soins de santé dans l'avenir 175
Claude E. Forget : Le régime canadien d'assurance-santé – Le bien serait-il l'ennemi du mieux ? 175
Jacques Brunet : Le vieillissement de la population et son impact sur les services de santé 183
Fraser Mustard : L'avenir du système canadien de soins de santé 190
Discussion générale 194

10 Allocution de clôture, par Judith Maxwell 197

Appendices

A Coûts et productivité des hôpitaux canadiens, par L. Auer 129
B Certaines données statistiques de référence, par L. Auer 207

Notes 221

Liste des tableaux, des figures et des graphiques 225

Programme du colloque 229

Liste des participants et participantes 233

Bibliographie 239

Troisième âge et soins de santé

1 Introduction

Judith Maxwell

Il y a une vingtaine d'années, la Commission royale d'enquête sur les services de santé recommandait qu'un des premiers objectifs de la politique nationale dans ce domaine soit la réalisation de normes de santé le plus élevées possible pour les Canadiens. Elle proposait en outre que cet objectif soit atteint à l'aide d'un régime complet de services de santé.

Aujourd'hui, la population canadienne est assurée contre la maladie en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Le régime de services de santé est bien établi dans toutes les provinces. Il a la faveur du public et, si on le compare à ceux qu'on trouve ailleurs, il assure des soins complets à des coûts raisonnables. Il protège nos concitoyens du troisième âge contre la hausse du coût des soins de santé, contre l'épuisement de leurs ressources financières et contre la menace de maladies chroniques sans possibilité de se faire soigner ou la crainte de mourir dans la pauvreté.

Malgré ce succès, la politique de santé n'est pas sans problème. En raison d'une croissance économique peu dynamique, de recettes fiscales limitées et de déficits élevés, les gouvernements s'inquiètent de l'augmentation constante des dépenses en services de santé, et c'est pourquoi les institutions et les professionnels de la santé craignent un manque possible de financement. Quant à la population, elle se demande si la qualité des soins et l'accès aux services de santé ne seront pas compromis. Nous savons également que l'explosion des naissances de l'après-guerre se traduira éventuellement par une explosion des retraites. D'ici l'an 2000, notre population âgée contribuera à intensifier nos besoins en services de santé.

Au cours des années, le Conseil économique du Canada a abordé divers aspects importants du domaine de la santé dans ses publications. Signalons d'abord un chapitre consacré à cette question dans le Septième Exposé annuel, publié en 1970. Plus tard, certaines études du Conseil se sont penchées sur l'incidence de l'évolution démographique, divers aspects de la redistribution des revenus ainsi que les écarts interprovinciaux en matière de coûts. Une étude effectuée dans le cadre des travaux du Conseil sur la réglementation a examiné certaines questions relatives à l'industrie pharmaceutique. Dans son rapport sur *Le financement de la Confédération*, le Conseil a recommandé que soit appliqué le principe de la responsabilité financière à l'égard des dépenses en soins de santé financées par l'État. Le Conseil proposait aussi que les transferts fédéraux en espèces tiennent compte des écarts interprovinciaux dans le profil d'âge de la population. Enfin, une étude publiée récemment s'est penchée sur les coûts et la productivité du secteur hospitalier et a examiné la possibilité d'effectuer des améliorations dans ce domaine et de réduire les coûts.

L'idée de ce colloque a été lancée lors d'une rencontre, à la fin de 1984, au cours de laquelle l'Association des hôpitaux du Canada (AHC) demandait au Conseil économique de se pencher sur diverses questions intéressant le secteur de la santé. Des réunions exploratoires ont été organisées par le personnel du Conseil avec des représentants de l'AHC, de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, ainsi que du ministère fédéral de la Santé et du bien-être social. Un comité spécial comprenant des délégués de chacun de ces organismes a été formé. Je tiens aujourd'hui à remercier les membres de ce comité de leur généreuse contribution aux préparatifs du colloque.

Il s'agit, pour le Conseil économique, d'une première, puisqu'il n'a jamais auparavant organisé de colloque sur la santé. Cette rencontre regroupe en un seul endroit divers spécialistes de l'administration des soins de santé, du secteur public, des soins gériatriques et de la recherche scientifique et sociale. Je souhaite la bienvenue à tous et chacun d'entre vous, et particulièrement aux participants en provenance des États-Unis et de l'Europe, dont la présence ici est le gage d'un échange d'opinions et de points de vue des plus enrichissant.

Les médias d'information n'en finissent plus de parler des soins de santé, depuis les coûts et la fréquence des remplacements de l'articulation iliaque jusqu'aux greffes des reins, du cœur ou des poumons. On nous met en garde contre le cancer ou les maladies cardiaques dus à la cigarette, ou même contre le danger de respirer la « fumée des autres ». On nous encourage à faire plus d'exercice et à recourir aux soins préventifs. Parfois, nous lisons dans les journaux que des mesures extraordinaires ont été prises pour maintenir un patient en vie.

Il y a une génération, la plupart de ces problèmes médicaux n'existaient pas parce que la technologie n'était

pas aussi avancée qu'aujourd'hui et que les choix ne se posaient pas. Aujourd'hui, on estime qu'aux États-Unis, le régime d'assurance-maladie consacre 30 % de ses fonds aux 6 % des patients assurés qui meurent chaque année, soit environ cinq fois plus à ces malades qui vont mourir que les autres personnes assurées. Il est fort probable que les chiffres sont encore plus élevés au Canada, étant donné que le taux d'hospitalisation des personnes âgées y est près de deux fois supérieur à celui des États-Unis. Pourtant, les patients qui meurent ne sont pas tous âgés. On estime, par exemple, que 100 enfants meurent chaque année de maladies du foie au Canada et qu'on pourrait sauver de 20 à 30 d'entre eux à l'aide d'une greffe coûtant environ 100 000 dollars.

Bien sûr, les soins de santé coûtent cher. Les dépenses de santé au Canada ont, dans l'ensemble, augmenté à un rythme beaucoup plus rapide que l'économie. Elles ont en fait décuplé entre 1965 et 1985, passant de 3,3 à plus de 35 milliards de dollars. Sans doute tous les Canadiens bénéficient-ils de meilleurs soins de santé, mais il est clair que les recettes fiscales ne sont pas une manne inépuisable. À l'heure actuelle, le secteur public finance environ les trois quarts des dépenses de santé au Canada. Cette proportion représente 25 milliards de dollars, alors que le déficit fédéral annuel se situe à 30 milliards. Il est donc évident que l'efficacité de coûts des soins de santé ne saurait être négligée.

L'analyse de l'efficacité économique est un outil très utile lorsqu'on dispose de renseignements précis sur l'emploi des ressources et la production industrielle. Cette méthode soulève cependant des difficultés lorsqu'on l'applique au secteur de la santé, car le produit réel – c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé – ne peut se mesurer. Les autres indices possibles, comme l'espérance de vie et les taux de mortalité, qui sont souvent employés dans les comparaisons internationales, ne sont que vaguement liés aux variations des dépenses en soins de santé ou de la qualité des services offerts. Ce manque de précision ne devrait toutefois pas nous empêcher de faire des choix, dans la mesure où les objectifs et les priorités sont établis avec soin.

La plupart des pays industrialisés considèrent certains services de santé comme étant un droit fondamental que chaque citoyen devrait pouvoir exercer, quelle que soit son aptitude à payer. On trouve cependant des différences importantes quant à la manière d'assurer l'accès aux soins de santé. Dans certains pays (au Royaume-Uni, par exemple), on a jugé que cet objectif exigeait que soient nationalisés la production et le financement des services de santé. Ailleurs (aux États-Unis, notamment), on a voulu offrir une assurance publique tout en minimisant l'intervention de l'État. Au Canada, on a nationalisé le financement, mais non la production des services de santé.

C'est vers la fin des années 50 et au cours des années 60 qu'ont été établis les régimes canadiens d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale financés par les pouvoirs publics. Ils avaient pour buts principaux d'assurer l'*accessiblité* des services, les citoyens devant avoir un accès raisonnable à des services de santé dans le cadre d'un régime d'assurance; l'*universalité* des services, pour offrir aux citoyens des normes de protection uniformes peu importe l'âge, l'état de santé ou le revenu; et, enfin, la *gestion par l'État*, pour apporter à la population des soins de santé non lucratifs, gérés sous la surveillance du gouvernement. Dans l'ensemble, ces objectifs ont été atteints. Aujourd'hui l'angoisse que suscite la maladie n'est plus aggravée par le fardeau des factures d'hôpital et de médecin.

Dans nos débats au cours de ce colloque, nous porterons notre attention sur les soins dispensés aux personnes âgées et sur l'usage optimal des ressources limitées du secteur de la santé au Canada. Ce thème central sera développé sous les éclairages économiques de l'offre, de la demande et des coûts des services de santé. Nous devrons non seulement réfléchir sur la situation actuelle, mais également explorer les voies d'amélioration possible. Et, enfin, à l'aide des perspectives que nous ouvriront les conférenciers, j'espère que nos échanges de vues nous permettront d'entrevoir comment nous pourrions transformer notre système de soins de santé et quelles mesures il nous faudrait adopter pour faciliter l'adaptation à ces changements.

C'est délibérément que nous avons choisi de développer cet aspect de la question au cours du colloque. Les politiques de compression des dépenses ont été établies de façon arbitraire, sans un choix minutieux des priorités. Sans doute a-t-on essayé de rationaliser les services actuels en éliminant les doubles emplois, en modernisant les installations de soins de santé et en améliorant leur efficacité économique, sans perdre de vue la nécessité d'offrir des soins de haute qualité. Ce qui a manqué, toutefois, c'est une réflexion sérieuse sur la façon de restructurer le système de façon à en modifier les critères et objectifs de base. Par exemple :

- Pourra-t-on réduire les coûts d'exploitation des hôpitaux à l'aide de nouveaux systèmes de comptabilité axés sur les patients et la morbidité – c'est-à-dire sur les catégories de diagnostics ?

- Sachant que près de la moitié des lits d'hôpital au Canada sont actuellement occupés par des malades de 65 ans ou plus, un tel régime entraînerait-il une baisse de la qualité des soins aux personnes âgées ?

- Les besoins en soins intensifs seraient-il moindres si on accordait plus d'importance au maintien d'une bonne santé ?

• Quelles sont donc nos options ? Dans quelle mesure notre système de santé au Canada sera-t-il différent à l'avenir de ce qu'il est présentement ?

Voilà quelques-unes des questions sur lesquelles se pencheront les participants au colloque. J'ai lu les exposés des conférenciers et je sais que leur message vous intéressera. Nous avons réservé suffisamment de temps aux périodes de discussion et nous espérons que vous contribuerez en toute liberté aux échanges de vues. Lorsque nous vous avons invités à participer au colloque, notre but était d'obtenir une représentation très variée du secteur de la santé, car nous sommes nombreux à nous préoccuper des dépenses publiques, de l'efficacité des services de santé en fonction de leurs coûts, ainsi que de l'évolution future.

Il faut cependant rester sensible à la dimension humaine de ces questions. Comme le dit l'un de nos conférenciers : « Laissons-nous guider par des principes humanitaires et non seulement par des considérations économiques. Il serait tragique que nos recommandations et initiatives forcent nos concitoyens âgés, et en fin de compte nous-mêmes, à mener une vie si misérable que nous en venions à douter des avantages de continuer à vivre. »

2 Perspectives internationales

William A. Glaser

Le domaine de la santé tient de l'utopie. Ses méthodes sont incertaines et ses objectifs ne pourront jamais être atteints. Tous les pays ont des problèmes au chapitre des soins de santé, en partie parce que le vécu ne correspond pas aux espoirs qu'on avait fondés et en partie parce que les planificateurs poursuivent les objectifs contradictoires d'offrir des services illimités et de maintenir les coûts à l'intérieur de certaines limites.

Au Canada comme dans tout autre pays, le visiteur est susceptible d'entendre des plaintes. On peut se demander si, dans une perspective internationale plus large, certains des problèmes qui se posent au Canada ont beaucoup moins d'envergure que ne le pensent les Canadiens. Et d'autres problèmes, bien réels, seraient-ils inévitables parce qu'on les retrouve dans tous les pays qui ont une population vieillissante, des techniques médicales avancées et un régime démocratique ? Les autres problèmes auxquels doit faire face le Canada peuvent-ils être atténués par des réformes qui ont déjà été entreprises dans d'autres pays ?

Les problèmes qui se posent au Canada

Voici les problèmes auxquels doit faire face à l'heure actuelle le Canada en matière de prestation et de financement des soins de santé, si l'on en juge par ce que le visiteur peut entendre et lire. Certains problèmes sont évidemment plus graves que d'autres.

Le contrôle des coûts — À certains moments, le taux annuel de croissance des coûts augmente, ainsi que la part des dépenses de santé dans le produit national brut (PNB).

Les médecins se plaignent de revenus insuffisants — On assiste à de grands débats un peu partout au pays lorsque certaines provinces permettent aux médecins de facturer en sus des honoraires officiels et de gagner ainsi un revenu supplémentaire.

Le nombre de médecins augmente plus vite que les besoins de la population — On gaspille donc de l'argent pour leur formation. Des ressources seront gaspillées et la santé des patients sera mise en danger si les médecins excédentaires dispensent des services superflus.

Les services de santé sont trop axés sur les soins aux patients hospitalisés — Il faudrait donner plus de services à l'extérieur des établissements. Le nombre de lits et d'hôpitaux devrait être réduit. Davantage de services devraient être offerts pour répondre aux besoins des personnes âgées au chapitre des soins de longue durée.

Les ressources des hôpitaux au poste des immobilisations pourraient être insuffisantes — Les bâtiments et le matériel pourraient graduellement devenir périmés. Les médecins n'ont pas la possibilité d'utiliser les innovations les plus récentes.

Certaines personnes préconisent l'instauration de frais aux usagers alors que d'autres les dénoncent — Les partisans d'une telle mesure soutiennent que les usagers seraient ainsi motivés à s'efforcer de choisir le prestateur de soins le plus efficient, afin d'éviter les visites inutiles. Ceux qui s'y opposent font valoir que de tels frais dissuaderaient les pauvres de se procurer les soins dont ils ont besoin.

Des primes d'assurance, obligatoires ou volontaires, sont proposées par certains et dénoncées par d'autres — Ceux qui sont en faveur de cette mesure soutiennent que le mode de financement actuel a un effet de redistribution trop marqué, étant donné que les contribuables les plus fortement taxés sont ceux qui utilisent le moins les services offerts, alors que les contribuables moins lourdement imposés ne sont pas sensibles aux coûts. Une prime d'assurance permettrait d'associer les tarifs aux coûts du système, et tous les usagers seraient davantage sensibles aux coûts. Par ailleurs, les adversaires d'un tel système prétendent qu'il s'agit là d'une mesure trop régressive. Si un marché d'assurance volontaire et concurrentiel se développait, ajoutent-ils, il serait condamné à se détériorer en raison de la sélectivité croissante des régimes offerts.

Bien que cette liste semble imposante, elle pourrait être plus longue. Certains problèmes que l'on observe à l'étranger ne se posent manifestement pas au Canada. Par exemple, il n'y a pas de problème généralisé de couverture insuffisante pour certaines personnes, ou de non admissibilité de certains soins. Ces problèmes existent aux États-Unis et ont récemment pris de l'ampleur.

Le contrôle de coûts

La performance du Canada et la perception à l'étranger

Les Canadiens pensent que les coûts des soins de santé sont trop élevés et qu'ils augmentent par moments de façon incontrôlable. L'augmentation des dépenses globales au chapitre de la santé fluctue d'une année à l'autre dans chaque pays, y compris au Canada. Voici le ratio entre l'augmentation annuelle des dépenses totales en matière de santé au Canada et le taux général d'inflation. (Par exemple, un ratio de 1,7 signifie que les dépenses de santé ont augmenté 1,7 fois plus rapidement que l'augmentation de l'indice des prix à la consommation [IPC]. La part d'augmentation en sus du taux d'inflation, c'est-à-dire 0,7 dans notre exemple, est attribuable à un plus fort taux d'utilisation des services de santé, à une plus grande intensité du service et à des augmentations de prix propres au domaine de la santé qui excèdent le taux général d'inflation[1].)

1971	4,8	1977	1,2
1972	2,0	1978	1,1
1973	1,6	1979	1,3
1974	1,6	1980	1,6
1975	1,9	1981	1,3
1976	1,9	1982	1,7

Plusieurs raisons peuvent expliquer les fluctuations observées dans les dépenses de santé d'une année à l'autre au Canada :

Les modifications apportées aux politiques — Au Canada, comme dans les autres pays, les autorités permettent aux hôpitaux d'augmenter les salaires et d'améliorer les installations au cours de certaines années, mais elles exercent un contrôle plus serré sur les coûts à d'autres moments. Le régime de paiements peut être administré de façon généreuse ou de façon stricte, selon les années.

Les perturbations au sein de l'économie — Les personnes responsables d'accorder des subventions, de fixer les tarifs et de négocier sont censées permettre aux hôpitaux et aux médecins de suivre l'évolution de l'inflation, afin que la main-d'œuvre et les fournisseurs soient rémunérés aux prix du marché. Pendant les périodes de forte inflation, comme vers le milieu des années 70 au Canada, les paiements aux prestateurs de soins de santé ont dépassé la moyenne et le secteur de la santé a accaparé une plus grande part de ressources que ce qui avait été prévu.

Le déclin de l'économie — Dans tous les pays développés, les dépenses du secteur de la santé augmentent automatiquement à chaque année en raison des modalités du régime de remboursement des soins. Si l'économie dans son ensemble connaît un déclin, la croissance relative des dépenses de santé semble plus grande qu'elle ne paraissait les années précédentes. L'Europe a enregistré des augmentations importantes de la part du produit intérieur brut (PIB) affecté à la sécurité sociale – tant pour les pensions que pour la santé – durant la récession de la fin des années 70[2]. Le Canada a connu la même situation en 1982.

Contrairement aux opinions pessimistes que l'on entend au Canada, les Européens ne pensent pas que les Canadiens aient de graves problèmes au chapitre du contrôle des coûts des soins de santé. De nombreux observateurs estiment que le Canada fait figure de modèle en ce domaine, étant donné que la part du PIB affectée à la santé y est restée stable au cours de certaines périodes, tandis qu'elle ne cessait d'augmenter dans d'autres pays. La part du PIB affectée aux soins de santé au Canada a suivi l'évolution suivante[3] :

	En pourcentage		En pourcentage
1971	7,5	1977	7,3
1972	7,3	1978	7,2
1973	7,0	1979	7,1
1974	6,9	1980	7,3
1975	7,4	1981	7,5
1976	7,3	1982	8,2

Les Européens consultent les chiffres récents du Canada, mais ils remontent rarement aux grandes augmentations que l'on a enregistrées au Canada après la mise en œuvre de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie. La hausse rapide de la part du PIB affectée à la santé au Canada au cours de cette période ressort des données qui suivent[4] :

	En pourcentage
1950	2,7
1955	2,9
1960	5,6
1965	6,1
1970	7,1

Le contrôle des coûts par le biais du mode de remboursement

Le Canada est devenu un modèle pour de nombreux autres pays parce que ceux-ci considèrent qu'il a été le

premier pays à perfectionner certains modes de paiement qui permettent de contrôler efficacement les coûts. (Même si le Canada, en pratique, a connu des fluctuations, de nombreux Européens s'imaginent que le régime canadien a évolué de façon rigoureuse et stable.) Ces modes de paiement mis en application au Canada sont les suivants :

Le versement de budgets globaux aux hôpitaux — Par contraste, les pays européens (sauf la Grande-Bretagne et la Suède) ont défrayé les coûts des hôpitaux sur la base de tarifs quotidiens, ceux-ci étant fixés par le biais de laborieuses méthodes de réglementation oscillant entre le laxisme et la rigueur; les coûts des services hospitaliers semblent avoir augmenté plus vite dans ces pays qu'au Canada. La France a récemment adopté un système de budgétisation globale inspiré de celui qui est en vigueur au Québec. Les Pays-Bas et d'autres pays essaient présentement d'imiter la méthode des budgets globaux appliquée au Canada dans le cadre de leurs régimes d'assurance.

Le gel des honoraires des médecins pour une année entière à la fois — L'Ontario, le Québec et plusieurs autres provinces ont limité l'augmentation des coûts des soins médicaux par le recours à de tels gels dès le milieu des années 70. Par le passé, les organismes européens chargés d'administrer les régimes d'assurance-maladie et même le Service national de santé de la Grande-Bretagne ont été obligés de négocier avec les associations médicales à chaque année et ont dû accorder automatiquement des augmentations. Les séances annuelles de négociation continuent d'avoir lieu, mais parfois (comme en France), les autorités n'offrent presque aucune augmentation. Les États-Unis ont récemment été obligés de suivre l'exemple canadien en gelant les honoraires dans le cadre du régime d'assurance-maladie (Medicare).

Les Canadiens savent que leurs méthodes ont eu des inconvénients. Les administrateurs d'hôpitaux se plaignent de ce qu'on leur a jadis promis un financement adéquat et une liberté d'action suffisante, mais les subventions qui leur ont été versées par les organismes centralisés mis sur pied par les provinces n'ont pas tenu compte de leurs besoins et ne leur ont laissé aucun recours. Ils se plaignent donc du fait que leurs requêtes sont écartées sans ménagement.

Pendant toutes ces années, est-ce que les pays européens ont payé leurs hôpitaux selon des modalités qui auraient pu être administrées de façon plus rigoureuse ? En pratique, les méthodes européennes portaient le germe d'une plus grande inflation au niveau des coûts et étaient plus complexes à administrer que celles en vigueur au Canada[5].

• Les pays européens (à l'exception de la Grande-Bretagne et des pays scandinaves) disposaient de régimes nationaux d'assurance-maladie. Tandis que les provinces canadiennes défrayaient entièrement les budgets des hôpitaux à même leurs recettes générales – auxquelles se sont ajoutées pendant plusieurs décennies les subventions du gouvernement central –, les régimes européens d'assurance-maladie ont payé les hôpitaux à même les recettes provenant des cotisations salariales. Les tarifs, dans de nombreux pays, étaient fixés par des organismes de réglementation relevant de l'État. Comme celui-ci ne payait pas à même son propre budget et que les caisses d'assurance-maladie relevaient du secteur privé, les organismes de réglementation ont été généreux à l'égard des hôpitaux pendant de nombreuses années. Ce n'est qu'après que les cotisations prélevées sur le salaire soient devenues trop élevées et que les États eurent à combler les déficits des caisses d'assurance-maladie que la réglementation est devenue plus rigoureuse.

• Les coûts de l'assurance-maladie dans chaque pays étant défrayés par de multiples intervenants, on a conservé les frais d'hospitalisation quotidiens comme unité de paiement. Les hôpitaux facturaient les divers régimes d'assurance-maladie en fonction du nombre total de journées d'hospitalisation de leurs souscripteurs. Lorsqu'il n'y a qu'une seule source de financement pour toute la population, comme au Canada, en Grande-Bretagne et en Suède, le recours à un barème quotidien n'est plus nécessaire. Un inconvénient de la formule du barème quotidien employée en Europe est qu'elle a donné lieu à une sous-estimation continuelle du niveau d'utilisation lors de l'examen, par l'organisme de réglementation, des budgets et des tarifs pour l'année à venir. Lorsque les admissions et la durée des séjours ont dépassé les prévisions, les hôpitaux ont obtenu des rentrées de fonds plus importantes et les régimes d'assurance-maladie ont dû supporter des coûts plus élevés que prévu. Parce qu'une diminution du nombre de journées d'hospitalisation aurait fait baisser les recettes en dessous du niveau prévu au budget de l'hôpital, les administrateurs n'étaient aucunement incités à réduire la durée des séjours et à favoriser les soins ambulatoires ou les soins à domicile.

• Afin de réduire les pressions en faveur de l'augmentation des prélèvements sur le salaire et de l'octroi de subventions aux établissements hospitaliers, les gouvernements de tous les pays où les tarifs étaient soumis à une réglementation au cours des années 70 ont émis des directives à l'intention des organismes de réglementation concernés. Il en est résulté un système extrêmement compliqué, favorisant les litiges. Plusieurs organismes devaient être consultés. Les formules devaient être rédigées en fonction de certaines statistiques globales, comme les augmentations prévues du PIB, de l'IPC ou des salaires. Des règles différentes, quant aux augmentations annuelles permises, s'appliquaient à des postes différents

dans les budgets des hôpitaux. Le personnel affecté à la mise en œuvre de la réglementation à travers le pays devait recevoir une formation afin d'appliquer les directives de façon uniforme. Lorsque les augmentations annuelles permises étaient faibles, le système était submergé d'appels. Au début des années 80, la France, les Pays-Bas et plusieurs autres pays européens avaient réussi à limiter la hausse annuelle des coûts hospitaliers à la croissance du PIB ou de l'IPC, c'est-à-dire qu'ils avaient réussi à contenir la hausse des coûts aussi bien que le Canada, mais leurs systèmes étaient compliqués et prêtaient à contestation.

- Comme ils étaient axés sur le calcul des augmentations permises dans les budgets et les tarifs quotidiens, les régimes de réglementation ne pouvaient pas servir à réduire le nombre de lits et la surutilisation des services hospitaliers.

- Comme ces régimes étaient aussi axés sur l'examen des budgets de fonctionnement et des prévisions de recettes, il était très difficile de concilier leurs activités avec la planification des investissements et des services hospitaliers à l'échelle nationale.

Tout en permettant de contrôler aussi bien l'augmentation des coûts, le système canadien n'avait pas les inconvénients suivants : 1) Il n'était pas nécessaire de calculer en fonction d'une unité de paiement. Les hôpitaux n'avaient pas à présenter une facture aux « payeurs »; 2) Une augmentation du niveau d'utilisation n'obligeait pas automatiquement le ministère de la Santé à débourser davantage et à procurer ainsi des gains fortuits aux hôpitaux; 3) Le gouvernement n'avait pas à émettre des directives détaillées servant à justifier les changements annuels dans les montants versés. Les hôpitaux ne pouvaient pas en appeler de l'application de directives à leur cas; 4) Si certains hôpitaux avaient des lits inoccupés ou affichaient des séjours excessivement longs, les autorités pouvaient les inciter à réduire leur capacité ou à fermer des installations; 5) Comme le ministère était l'organisme qui accordait à la fois le budget d'immobilisation et le budget d'exploitation, il était en mesure d'en assurer la coordination. Pour ces raisons, les Européens ont éventuellement cherché à copier le système canadien plutôt que de tenter d'exporter le leur.

Les systèmes européens ont un élément utile qui n'existe pas dans le système canadien. Chaque hôpital justifie ses dépassements de coûts et ses prévisions budgétaires sur la base d'une utilisation plus intensive des installations et d'un taux d'occupation plus élevé. Ces arguments sont mal compris par les analystes travaillant dans les ministères de la Santé au Canada, car ils ne connaissent pas toutes les subtilités de l'organisation du travail en milieu hospitalier. En Europe, les bureaux locaux des caisses d'assurance-maladie connaissent bien la qualité et l'efficacité du fonctionnement des hôpitaux voisins. Suite à des réformes récentes, plusieurs États européens demandent maintenant aux caisses d'assurance-maladie d'examiner le coefficient d'utilisation et les prévisions budgétaires des hôpitaux, ce qui permet aux organismes chargés de réglementer les tarifs de mieux comprendre les réclamations des hôpitaux. En outre, les caisses d'assurance-maladie continuent à jouer leur rôle traditionnel d'organe de représentation des consommateurs, ce qu'on ne retrouve pas au Canada.

Le contrôle des coûts dépend à la fois du mode de paiement et du régime de propriété

Au départ, les trois principaux modèles d'organisation des soins de santé étaient ceux que l'on retrouvait en Europe continentale, en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Comme l'Association médicale canadienne et les hôpitaux s'étaient opposés au modèle de propriété et de gestion étatiques qui existait en Grande-Bretagne, que ces établissements ne pouvaient pas survivre financièrement dans le contexte du marché privé que le Canada partageait avec les États-Unis et qu'on ne pouvait pas instituer un régime d'assurance-maladie universel et obligatoire de type européen, le système canadien s'est développé selon un modèle hybride :

	Système	Propriété et gestion des hôpitaux	Mode de financement
Europe	Régime national d'assurance-maladie	Secteur privé, municipalités	Privé, par des cotisations prélevées sur le salaire
Grande-Bretagne	Régime national de santé	État	État
États-Unis	Privé	Secteur privé, municipalités	En grande partie privé
Canada		Secteur privé, municipalités	État

En raison de la discipline imposée par le processus budgétaire du gouvernement, le Canada a pu contrôler les

coûts des soins de santé de façon plus rigoureuse que les pays d'Europe continentale. Mais parce que les hôpitaux appartiennent toujours à des associations bénévoles et à des municipalités, et qu'ils continuent d'être gérés par celles-ci, le Canada n'a pas été en mesure de contrôler les coûts hospitaliers de façon aussi serrée qu'en Grande-Bretagne. Notamment, lorsqu'un ministère de la Santé dans une province canadienne essaie d'obliger un hôpital peu fréquenté à réduire la durée des séjours ou à fermer ses portes, les gestionnaires réussissent souvent à soulever une opposition suffisante au sein de la collectivité pour faire reculer le ministère. Par contraste, le Service national de santé de la Grande-Bretagne est le régime qui a connu le plus de succès au niveau de la réaffectation des ressources et des installations, de la fermeture des hôpitaux sous-utilisés, de l'implantation de nouveaux hôpitaux dans d'autres localités et de la création de nouvelles installations communautaires, tout cela à l'intérieur de paramètres budgétaires plus rigoureux que ceux en vigueur au Canada[6].

Au Canada, l'autorité limitée des gouvernements en matière de gestion médicale et hospitalière laisse beaucoup de latitude aux cliniciens qui prennent des décisions allant souvent à l'encontre des mesures de limitation des coûts et des autres politiques de l'État. Les médecins peuvent faire valoir des raisons pour ne pas réduire les installations et les dépenses. Ainsi, le Canada est peut-être le seul pays où la durée des séjours à l'hôpital a augmenté. Partout ailleurs, elle a diminué de façon régulière, ce qui a permis de traiter un plus grand nombre de patients avec le même nombre de lits ou moins. Entre 1970 et 1980, la durée des séjours dans les hôpitaux non psychiatriques a diminué de 24,9 % en Angleterre, de 26,2 % en France, de 20,9 % en Allemagne, de 24,0 % aux Pays-Bas et de 32,9 % en Suisse; elle a aussi diminué à des degrés divers dans d'autres pays. Au Canada, elle a augmenté de 11,3 % au cours de la même période[7].

L'âge de la population

Si les coûts des soins de santé au Canada sont inférieurs à ceux que l'on observe dans de nombreux autres pays, cela n'est pas uniquement attribuable aux différences de système mais aussi à la structure démographique. Dans toutes les sociétés, la population âgée coûte de plus en plus cher à traiter. Mais le Canada compte un moins grand nombre de personnes âgées que tout autre pays développé; en 1985, 10 % de la population du Canada était âgée de 65 ans et plus, tandis que la proportion aux États-Unis et dans les pays européens variait entre 12 et 16 %[8].

La surfacturation par les médecins

Dans chaque pays, l'État et la profession médicale finissent par s'affronter sur un aspect ou un autre du régime obligatoire de soins médicaux. Souvent, le différend concerne le droit des médecins de facturer à leurs patients des frais en sus du tarif officiel payé par le biais du régime. Tôt ou tard, l'État finit par interdire la surfacturation aux médecins qui pratiquent dans le cadre du régime. Le cycle est familier[9] :

- La profession médicale s'oppose d'abord à l'adoption de la loi, de crainte que la pratique de la médecine et les honoraires ne tombent sous le contrôle de profanes. Afin d'appaiser les médecins, le législateur laisse ambiguës les dispositions de la loi portant sur la détermination des honoraires.

- Deux dispositions portent en elles les germes de problèmes futurs : 1) le paiement en espèces, c'est-à-dire le versement des honoraires directement par le patient, celui-ci récupérant ensuite auprès de la tierce partie une portion déterminée de la somme versée; et 2) le droit de retrait, c'est-à-dire la possibilité pour le médecin de facturer le régime d'assurance au tarif convenu ou de facturer directement les patients à des tarifs discrétionnaires. Dans ce dernier cas, le patient doit ensuite tenter de récupérer, auprès de tierces parties, les sommes versées au médecin.

- Alors qu'ils étaient hostiles au départ à l'adoption d'un régime national d'assurance-maladie, les médecins sont, dans un premier temps, agréablement surpris. Afin de gagner leur collaboration, les caisses d'assurance-maladie et les gouvernements ont tendance à fixer initialement les barèmes d'honoraires à des niveaux très généreux. Il s'ensuit que, soudainement, les médecins découvrent qu'ils n'ont plus de frais de perception, ni de mauvaises créances, et qu'ils reçoivent des tarifs élevés pour les actes médicaux qu'ils posent. Les revenus des médecins sont en quelque sorte nivellés à la hausse : contrairement à la situation antérieure, marquée par de fortes inégalités, les médecins se retrouvent tous dans les tranches de revenu les plus élevées. La profession médicale en vient rapidement à croire qu'elle a toujours touché des revenus aussi élevés et des théories sont élaborées pour justifier cet état de choses. Les médecins présument qu'ils resteront toujours à de tels niveaux de revenu.

- Dès la mise en œuvre de l'assurance-maladie, les spécialistes les plus réputés qui pratiquent dans les grands centres urbains se désengagent en tout ou en partie du régime. Comme ils demandaient auparavant les honoraires les plus élevés, ils augmentent encore leurs tarifs. Leurs

patients ne protestent pas, car ils ont toujours payé cher pour de tels soins; ils peuvent maintenant récupérer une partie des montants versés auprès du régime d'assurance-maladie, et nombre d'entre eux sont couverts par une généreuse police d'assurance privée. Le désengagement est plus commun dans les grandes villes et les quartiers riches. Au départ, la grande majorité des autres médecins ne recourent pas à la surfacturation, étant donné que les tarifs officiels leur permettent de faire d'importants gains.

• De sérieux conflits se développent alors entre la profession médicale et les instances qui sont responsables du financement du régime (les caisses d'assurance-maladie, avec l'appui de l'État). Les différends s'enveniment au sujet des tarifs officiels négociés entre les caisses d'assurance-maladie et l'association médicale, au sujet du droit des médecins de pratiquer la surfacturation, et au sujet du remboursement des patients des médecins qui se sont désengagés du régime.

– Lors des négociations annuelles, les caisses d'assurance-maladie ne peuvent se permettre d'accroître les honoraires autant que le réclame la profession médicale. L'État refuse de continuer à augmenter les cotisations sociales et les subventions, et la hausse des honoraires finit par ralentir. Le régime d'assurance-maladie essaie d'imposer des mesures de contrôle aux médecins qui semblent se prêter à une surutilisation des services.

– Dans le cadre des régimes touchés sur le paiement des honoraires en espèces, comme ceux que l'on retrouve en France et en Belgique, les médecins facturent aux patients des honoraires toujours plus élevés que les montants que les patients peuvent se faire rembourser.

– Dans les régimes avec remboursement direct des médecins, comme on a au Canada, un plus grand nombre de médecins essaient de recourir à la surfacturation en se désengageant du régime.

– Les spécialistes réputés tombent peu à peu sous l'emprise des règles et des contrôles de prix du régime officiel, à mesure que la couverture de l'assurance-maladie s'étend aux tranches de revenu supérieures. Les possibilités diminuent du côté de la pratique privée non réglementée, alors que les cliniques privées deviennent de plus en plus difficiles à maintenir. Les grands spécialistes s'étaient d'abord montré indifférents à l'égard du régime d'assurance-maladie, mais ils appuient maintenant les positions militantes de l'association médicale.

– L'opinion publique s'élève graduellement contre la détérioration du système. La population s'est vu promettre des soins médicaux « gratuits » et ne les obtient plus. Elle blâme souvent les « politiciens » et non pas les « médecins ».

• Tôt ou tard, les autorités gouvernementales doivent intervenir. Un nouveau compromis est négocié avec la profession médicale et est intégré à la loi. (La solution doit nécessairement être un compromis, parce que la population vénère les médecins et parce que les hommes politiques craignent d'être blâmés s'il y a grève ou impasse.)

– La surfacturation a toujours été interdite dans le cadre des régimes à paiements directs (où des tierces parties défraient entièrement les honoraires des médecins) et elle l'est toujours. Elle ne subsiste aujourd'hui que dans les pays d'Europe de l'Est où l'on verse des pourboires clandestins.

– La surfacturation est explicitement interdite dans le cadre des régimes fondés sur le remboursement en espèces. En pratique, comme en France et en Suède au cours des années 70, la tierce partie traite une plus grande partie des factures et paie les médecins directement.

– Les médecins gardent le droit de se désengager, mais leurs patients ne se voient rembourser qu'une partie des honoraires ou même n'ont droit à aucun remboursement. Le régime d'assurance-maladie et le gouvernement dénoncent le droit de retrait, et l'exercice de ce droit devient moins fréquent. Les jeunes médecins s'habituent à adresser toutes leurs factures aux caisses d'assurance-maladie et à ne pas percevoir d'honoraires supplémentaires.

– Les spécialistes réputés sont amenés à réaliser une plus grande partie de leur pratique dans le cadre du régime officiel. Une façon d'y arriver (comme en France) est d'autoriser officiellement la surfacturation. Une autre est de permettre aux hôpitaux à but non lucratif et aux hôpitaux publics de mettre des locaux à la disposition de leurs chefs de services pour leur pratique privée, les caisses d'assurance-maladie couvrant les coûts qui en résultent par le biais des modalités de remboursement aux hôpitaux. La pratique privée non réglementée, axée sur les régimes privés d'assurance-maladie, peut encore procurer des revenus supplémentaires considérables aux spécialistes de renom.

Le Canada a suivi à peu près le même cycle, avec quelques différences essentielles.

• Comme dans tant d'autres domaines, le Canada n'a pas adopté une politique nationale uniforme, mais a laissé s'établir une gamme variée de politiques provinciales. Les médecins pratiquant dans les provinces dont les politiques sont plus rigides ont pu désigner l'Ontario et l'Alberta comme des modèles qu'ils devraient avoir la possibilité de suivre. Les responsables financiers et les gestionnaires ont cité le Québec en exemple pour la façon dont on y a

énoncé et mis en œuvre les politiques dans ce domaine. Les différences à l'intérieur du pays ont alimenté la confusion et les conflits.

• Comme dans beaucoup d'autres domaines, le Canada était trop proche des États-Unis, pays qui exerçait sur lui un puissant attrait mais qu'il ne pouvait pas imiter. Les médecins canadiens enviaient la liberté et les revenus de leurs homologues américains. L'Ontario était comparable à New York du point de vue de la pratique clinique, mais ses médecins avaient des revenus bien inférieurs à ceux des médecins américains.

• Les médecins qui voulaient se désengager du régime canadien n'étaient pas pénalisés aussi sévèrement que dans la plupart des pays. En Ontario et en Alberta, les patients pouvaient se faire rembourser la totalité des honoraires autorisés par la province. Cet arrangement ressemblait au rapport qui existe entre les médecins américains et les tierces parties qui assument les frais des services médicaux dans ce pays. Le Québec, pour sa part, opta pour un régime de paiements directs inspiré du modèle européen, qui interdisait tout remboursement des patients; cette province dut cependant faire face à une grève de ses médecins spécialistes.

• Les médecins canadiens les plus réputés ont été impliqués dans la mêlée dès le début. Toute la population étant couverte dès l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie, l'assurance-santé privée sur les prestations de base a été interdite et tous les médecins ont dû charger à leurs patients les mêmes honoraires autorisés. Puisqu'elles ne pouvaient pas remettre à plus tard l'affrontement avec les chefs de file de la profession médicale – comme on l'avait fait dans d'autres pays –, les provinces ont offert à l'ensemble des médecins les honoraires élevés que ne réclamaient antérieurement que les praticiens de renom. Par conséquent, le coût des soins de santé au Canada a enregistré une hausse sensible durant les premières années de l'assurance-maladie[10]. Les provinces ayant imposé des plafonds aux honoraires, les spécialistes les plus réputés prirent l'initiative des protestations et nombre d'entre eux, en Ontario, se sont désengagés du régime. Si le droit de retrait est éliminé, le système canadien ne laissera aucune possibilité aux plus grands spécialistes de demander des honoraires plus élevés – possibilité qui existe toujours à l'étranger.

Le nombre croissant de médecins

Jadis, le public et la classe dirigeante étaient d'avis que, puisque la santé dépendait des médecins, un plus grand nombre de médecins permettrait d'améliorer la santé en général. De nouvelles écoles de médecine ont été ouvertes et les effectifs des écoles existantes ont été augmentés. Le corps médical canadien s'accrut encore plus davantage en raison d'une forte immigration.

À la fin des années 70, on remettait en cause cette notion dans pratiquement tous les pays. Le nombre de médecins semblait déjà suffisant et les universités en produisaient sans cesse davantage. Plutôt que de contribuer à améliorer les soins, l'augmentation du nombre de médecins pourrait entraîner une consommation inutile de services médicaux et des coûts accrus. L'amélioration de la santé pourrait passer par l'instauration d'un ensemble de services de soutien sociaux et paramédicaux plutôt que par une surmédicalisation des soins.

La réduction du nombre de nouveaux médecins arrivant sur le marché s'est révélée une tâche des plus difficiles. En Europe, la plupart des écoles de médecine ne relèvent pas des ministères de la Santé, qui planifient la main-d'œuvre et tentent de limiter les coûts, mais des ministères de l'Éducation qui ont traditionnellement résisté aux réductions de leurs activités. Les ministères de la Santé et des Finances peuvent bloquer l'expansion des écoles de médecine, mais ils ne peuvent gagner les luttes qu'il faudrait livrer pour réduire leur budget, en raison de la crainte de la classe politique de voir survenir une pénurie de médecins et de l'influence des milieux universitaires.

Au Canada, les mêmes obstacles politiques se sont interposés à une réduction rapide de l'expansion de la profession médicale[11]. Mais les dirigeants canadiens ont agi de façon plus décisive que ceux des autres pays, leur faisant, à ce chapitre également, la leçon. Le Canada a tout d'abord limité rapidement l'immigration des médecins[12]. Plus récemment, il a été le premier pays à réduire sensiblement le nombre des inscriptions dans les écoles de médecine. Cela a notamment été possible en raison de la décentralisation des pouvoirs : certaines provinces ont réduit les nouvelles inscriptions (le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique) tandis que d'autres (notamment l'Ontario) n'ont encore rien fait en ce sens[13]. Si le soutien aux écoles de médecine était organisé sur une base nationale au Canada, comme c'est le cas dans la plupart des pays, les régions qui possèdent les écoles de médecine les plus influentes (comme l'Ontario) auraient pu réussir à bloquer tout changement quel qu'il soit.

La réaffectation des ressources

Tant au Canada que dans d'autres pays, on entend des propositions visant à réaffecter les ressources actuellement consacrées aux hôpitaux de soins intensifs. La plupart des pays ont de la difficulté à mettre en œuvre ces propositions, mais le Canada y réussit mieux que la

plupart. Les pré-requis à de telles réformes sont les suivants :

Le financement coordonné des soins intensifs en établissement et des autres formes d'intervention qui peuvent leur être substituées — Au Canada, les ministères provinciaux de la Santé sont incités à économiser des ressources en encourageant les hôpitaux et les autres organisations à offrir des soins de jour, des soins à domicile, des services ambulatoires et d'autres programmes du genre. Ils peuvent garantir un financement adéquat de ces solutions de rechange. Les fonctionnaires de ces ministères peuvent négocier de telles substitutions avec les hôpitaux. Sauf dans les pays qui ont un service national de santé, comme la Grande-Bretagne et la Suède, les divers services peuvent être payés selon des modalités différentes, et souvent par des organismes différents. Les régimes d'assurance-maladie n'ont pas une influence suffisante sur les hôpitaux pour les inciter à se réorganiser, et ils n'ont pas le personnel compétent pour proposer de nouveaux modes de prestation des soins.

La profession médicale peut traiter les mêmes patients dans divers contextes — Le médecin rattaché à un hôpital ne perd pas une partie de ses honoraires ou de son salaire si ses patients sont traités dans le cadre d'un programme de soins de jour, de soins à domicile, dans un centre de soins ambulatoires ou en cabinet privé. Il y a peu d'endroits hors de l'Amérique du Nord où cela est possible : la structure ouverte des hôpitaux canadiens et américains font que les médecins responsables des soins aux malades hospitalisés ne perdent pas de revenus en confiant le soin de leurs patients à d'autres services. Par contre, les distinctions qui existent au niveau de l'organisation et du mode de paiement entre les médecins hospitaliers et les médecins de pratique privée en Europe constituent un obstacle au recours à divers modes de prestation des soins aux patients, et c'est là une des principales raisons qui expliquent la durée plus longue des séjours à l'hôpital en Europe. (Ce n'est que dans les cliniques privées européennes appartenant à des groupes de médecins que l'on retrouve une certaine souplesse dans l'organisation de la pratique médicale.)

L'ouverture aux innovations — Proche de la Grande-Bretagne par le mode de pensée et géographiquement voisin des États-Unis, le Canada est exposé aux progrès qui surviennent dans le domaine des soins à domicile et dans d'autres modes d'intervention externe. Le Canada a joué le rôle de pionnier dans le domaine de la chirurgie de jour. (La proximité du système américain, qui est particulièrement innovateur, comporte à la fois des inconvénients au niveau des coûts, et des avantages au niveau de l'efficience; ainsi, les médecins canadiens incitent les hôpitaux à adopter les nouvelles techniques qui font leur apparition aux États-Unis, tandis que les entreprises américaines d'équipement médical peuvent facilement envoyer leurs représentants de l'autre côté de la frontière.)

La propriété et la gestion des services — Dans ce domaine, le Canada présente certaines lacunes. Les institutions et organismes qui œuvrent dans le domaine des soins de santé au Canada ne sont pas intégrées les unes aux autres et les propriétaires et gestionnaires se préoccupent d'éviter que leur établissement ne subisse des coupures. Le meilleur exemple d'une réaffectation des ressources à grande échelle est celui du Service national de santé de la Grande-Bretagne, où la propriété intégrée des installations hospitalières permet d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'ensemble, de réduire les activités des hôpitaux en déclin et de créer de nouveaux services. Plusieurs entreprises privées américaines dans le secteur des soins de santé sont intégrées verticalement et visent à mettre en place des systèmes aussi efficients – en étant impliquées dans la vente de polices d'assurance, la prestation de services médicaux, la propriété d'hôpitaux et de maisons de repos, ainsi que dans des programmes de soins à domicile et la fourniture de divers biens et services connexes. Au Canada, l'influence des groupes directement concernés par la prestation des services médicaux et hospitaliers – propriétaires, personnel médical, collectivité – empêche de procéder à une réaffectation importante des ressources, comme on a connu en Grande-Bretagne.

Lorsque le financement et la propriété ne sont pas intégrés, la planification régionale des services de santé ne peut pas réussir. La planification au niveau régional a souvent fait l'objet d'éloges, mais la planification dans le domaine de la santé a servi avant tout à établir des priorités pour la répartition géographique des deniers publics destinés à financer de nouveaux lits d'hôpitaux. La planification limitée qui est pratiquée au Canada est caractéristique de la situation que l'on observe dans la plupart des pays. Seul le gouvernement du Québec a essayé d'aller plus loin et de planifier l'ensemble des services au niveau régional, mais les propriétaires d'hôpitaux et la profession médicale font obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce projet ambitieux. Parce qu'elle regroupe la propriété, la gestion, le financement des immobilisations et le financement des coûts d'exploitation, la formulation en vigueur en Grande-Bretagne est la seule qui permette une planification régionale réussie, tant sur papier qu'en pratique[14].

Les soins de longue durée

Une population vieillissante consomme davantage de soins hospitaliers et médicaux. En outre, les incapacités chroniques dont sont atteintes certaines personnes âgées

nécessitent des services de soutien tels que les centres d'accueil, les soins de santé à domicile, ainsi que les services sociaux communautaires. Tous les pays connaissent des problèmes de plus en plus sérieux dans la mise en œuvre des divers services, la formation et la gestion du personnel, la coordination des activités, l'orientation des patients vers les services appropriés et la couverture des coûts. Même si le Canada compte moins de personnes âgées que tout autre pays développé, il se dirige inévitablement dans cette voie.

Le Canada fait face aux mêmes besoins, aux mêmes pénuries et aux mêmes dilemmes que les autres pays développés. La mise en place d'un système adéquat et économique de soins de longue durée est difficile et n'a encore été réalisée nulle part[15]. En voici quelques caractéristiques.

La création de services

Dans toute société, les personnes âgées ont des besoins : soins hospitaliers intensifs, établissements de soins prolongés, foyers d'accueil, aides pour les travaux domestiques et la préparation des repas, logement approprié, et ainsi de suite. Jadis, les besoins courants étaient satisfaits par les familles et les institutions religieuses. Mais les personnes âgées sont sans cesse plus nombreuses et vivent plus longtemps, alors même que la capacité d'intervention des familles et des églises est de moins en moins grande. Certains pays ont acquis de l'expérience avec des programmes spéciaux : les services à domicile en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, les logements regroupés en Scandinavie et aux Pays-Bas, les foyers d'accueil en France et autres. Mais tous les pays (y compris le Canada) accusent des pénuries sérieuses en regard de certains services.

La propriété et la gestion

Lorsque la politique d'un pays en matière de réglementation et de remboursement rend difficile pour les entreprises à but lucratif de mettre sur pied et d'exploiter des services de santé, comme c'est le cas aux Pays-Bas, ce sont des associations de charité qui opèrent ces services. Mais, dans la plupart des pays, on laisse la voie libre à tout organisme désireux de créer des programmes pour les personnes âgées en peu de temps. Le résultat, au Canada comme un peu partout ailleurs, est que les entrepreneurs privés occupent une part prédominante du marché des foyers d'accueil, des services de santé à domicile et de nombreux programmes d'aide à domicile. Des allégations de détournement des chèques de pension, de services insuffisants aux patients et de surfacturation frauduleuse des organismes de financement publics surviennent aux États-Unis, en Grande-Bretagne et, à l'occasion, ailleurs. Peut-être le Canada est-il en mesure d'échapper à cette éventualité – parce que le sens de l'éthique y est plus développé, ou encore par chance.

Le mode de financement et les coûts qui en résultent

La couverture directe de toute la population à même les recettes consolidées de l'État est la formule qui a été adoptée au Canada, en Suède et en Grande-Bretagne pour les soins intensifs. Le régime a été étendu pour couvrir les foyers d'accueil (au Canada) et les soins à domicile (en Suède, en Grande-Bretagne, et un programme modeste au Canada). La prise en charge par l'État des soins à long terme peut entraîner des coûts dépassant sensiblement les prévisions initiales, comme l'a démontré le programme de prestations aux personnes âgées pauvres vivant dans des foyers d'accueil aux États-Unis.

La plupart des pays recourent à un système d'assurance pour défrayer les coûts des soins de santé. Le taux élevé d'utilisation des services hospitaliers actifs par les personnes âgées a imposé un tel fardeau aux caisses d'assurance-maladie que les ministères des Finances, presque partout, ont bloqué l'inclusion dans le régime national d'assurance-santé de nouvelles catégories de soins à long terme. La seule exception est celle des Pays-Bas, où l'on a ajouté l'incapacité chronique au régime universel obligatoire d'assurance-maladie au cours des années 60. Le régime néerlandais a fourni des fonds pour la construction de plusieurs nouveaux foyers d'accueil à but non lucratif et il a assumé les coûts de généreux services à domicile. Mais les coûts élevés sont une des principales raisons pour lesquelles les services de santé dans ce pays sont pratiquement devenus les plus chers au monde.

Personne n'accepte un arbitrage budgétaire où le financement des soins à long terme pour les personnes âgées est assuré par une diminution des fonds consacrés aux soins hospitaliers pour le reste de la population.

Par conséquent, si les autorités responsables du financement des régimes d'assurance-santé au Canada résistent à l'expansion des prestations et des règles d'admissibilité pour les soins à long terme, elles suivent la tendance générale. Lorsqu'un avantage est financé à même les recettes générales de l'État et qu'il devient un droit pour tous les citoyens – principes inhérents au système canadien –, une explosion des coûts est très difficile à contrôler[16].

Les frais aux usagers

Le régime public d'assurance-santé, les services publics de santé et le système hybride de soins hospitaliers en place au Canada comportent peu ou pas de frais directs

pour les usagers. Voisin du pays où se sont le plus développés les régimes de partage des coûts avec les patients, le Canada a connu un long débat sur la question de savoir si les frais aux usagers améliorent l'efficience et produisent des recettes, ou s'ils font obstacle à un niveau d'utilisation souhaitable des installations[17]. Mais en Europe, les frais aux usagers pour les soins hospitaliers ne posent pas de problèmes sérieux pour les personnes âgées. Ils ne sont prélevés pleinement qu'auprès des jeunes patients, étant supprimés ou réduits pour les personnes âgées.

Les soins de longue durée entrent dans une catégorie différente, car ils comprennent le logement, la nourriture et les services personnels que les personnes âgées défraient normalement. Pratiquement toutes les personnes âgées reçoivent une pension. Là où le coût des foyers d'accueil et des autres services n'est pas assumé entièrement par une tierce partie, les personnes âgées doivent habituellement les payer de leur propre poche. Lorsqu'un régime public d'assurance est en vigueur ou que des subventions sont versées, le patient est censé fournir une contribution journalière substantielle. Autrement, les contribuables supporteraient un fardeau trop lourd alors que les héritiers en tireraient un avantage indu. Seuls les plus nécessiteux bénéficient d'une couverture complète dans les programmes publics. Les groupes d'intérêt qui représent les personnes âgées se plaignent souvent des coûts directs élevés des soins prolongés, comme ils le font aux États-Unis et le feront probablement au Canada, mais le Trésor public ne paie jamais tous les frais pour l'ensemble des bénéficiaires.

La coordination

Idéalement, la personne âgée devrait être acheminée promptement vers les services dont elle a besoin. Mais ce n'est jamais tout à fait le cas, quel que soit le pays. Les services de soins hospitaliers et de soins de longue durée sont fragmentés, à cause de leur grande variété et de l'indépendance des propriétaires et des gestionnaires.

L'une des innovations les plus prometteuses aux États-Unis est la création du *social/health maintenance organization* (SHMO) pour les personnes âgées[18]. Ce concept permet de fournir la gamme complète des services de soins intensifs et de soins à long terme contre le versement d'une cotisation annuelle. La SHMO résout le problème de la coordination et de la prise en charge des cas. L'universalité et le libre choix parmi les prestateurs de soins ou de services ont signifié l'échec du modèle de la SHMO au Canada pour ce qui est des soins hospitaliers intensifs. Mais on pourrait recourir à cette formule pour gérer l'ensemble des soins de longue durée financés par des régimes privés ou publics d'assurance.

La gestion des cas

Idéalement, la personne âgée devrait être guidée par quelqu'un qui peut déterminer ses besoins et qui comprend le système complexe servant à la prestation des soins. Toute personne couverte par le Service national de santé de Grande-Bretagne ou par le service de santé des Pays-Bas figure sur la liste d'un omnipraticien, qui est responsable des soins dont elle peut avoir besoin. Les omnipraticiens britanniques et néerlandais peuvent demander à un autre professionnel de la santé de rendre visite au patient afin de mieux l'orienter. En Scandinavie, chacun de ces patients doit être guidé par l'infirmière hygiéniste locale. Lorsque le patient est hospitalisé ou placé dans un foyer d'accueil, l'omnipraticien peut perdre contact avec son patient, bien qu'il ne le devrait pas. Si le patient est placé dans un foyer éloigné, il est confié à la responsabilité d'un autre omnipraticien; même si celui-ci peut être moins consciencieux, le dossier du patient est toujours pris en charge par un responsable officiel.

Le régime américain incite fortement les consommateurs à se prendre eux-mêmes en charge et il ne favorise pas le recours généralisé à des gestionnaires de cas; mais les États-Unis sont aussi la terre promise de la recherche en matière de services de santé. Mis à part les SHMO, de nombreux autres projets pilotes se déroulent présentement en matière de gestion de cas.

La réforme du système

Le Canada devrait-il changer ?

Le reste du monde voit peu de raisons pour que le Canada apporte des changements fondamentaux à son système. Le système de soins de santé en vigueur au Canada suscite l'admiration. La population canadienne est en santé, en partie pour des raisons qui n'ont rien à voir avec les services de santé (un climat sain, un mode de vie relativement sain, un environnement riche et une bonne hérédité) et en partie parce qu'elle dispose de services adéquats en matière d'hygiène publique et de soins hospitaliers. L'accès aux services est rapide et presque universel. Les installations sont nombreuses et de bonne qualité. La technologie est avancée, sans être adoptée prématurément, sans gaspillage excessif et sans donner lieu à un surtraitement des patients. Les coûts sont contrôlés, sans pénuries et sans listes d'attente. Les patients ont un grand choix de médecins et d'hôpitaux. Les relations de travail dans le domaine de la santé sont bonnes. Les prestateurs de soins ou de services sont bien rémunérés, sans faire de gains excessifs. Il y a peu de litiges. Les problèmes inattendus, comme l'augmentation récente de la durée d'hospitalisation, peuvent être résolus à l'intérieur du système si les gouvernements provinciaux

et les associations qui regroupent les prestateurs de soins ou de services sont décidés à agir.

Mais la société canadienne est paradoxale. Bien qu'ils soient privilégiés par rapport aux normes mondiales, les Canadiens ne sont pas tellement positifs. La culture politique canadienne est pessimiste et de nombreux Canadiens réclament quelque chose de mieux. On entend certaines propositions de réforme dans d'autres pays également, mais elles sont irréalistes et peu avantageuses[19]. Il est peu probable qu'elles soient plus réalisables ou plus utiles dans le contexte canadien.

La privatisation

Tout le financement des soins hospitaliers passe par les budgets des pouvoirs publics au Canada. Les ministères de la Santé ont une influence considérable sur les niveaux de prestation, sur la création de nouveaux programmes et sur les revenus dans tout le secteur de la santé. Si le financement était de source privée, affirment certains, le système canadien aurait davantage de mécanismes internes d'arbitrage, et les niveaux de prestation seraient en rapport avec les besoins des patients plutôt qu'avec la situation financière des gouvernements des provinces.

Mais le Canada en est arrivé au financement public parce que la formule du financement privé ne fonctionnait pas. En Europe, l'assurance-santé a été intégrée au système de sécurité sociale et la population entière a adhéré aux caisses d'assurance-maladie qui existaient déjà depuis de nombreuses années. Le Canada n'a jamais eu un réseau aussi étendu d'intermédiaires. Les régimes nationaux d'assurance-maladie en Europe peuvent être mis à rude épreuve en raison du vieillissement de la population et des fluctuations économiques, comme le démontrent les expériences récentes de l'Italie et de la Belgique, et certains pays pourraient éventuellement devoir adopter le mode de financement public qui prévaut au Canada. Par ailleurs, on a vu se développer aux États-Unis un régime privé d'assurance-maladie qui constitue une solution de rechange à un régime universel d'assurance imposé par voie de législation, mais cette évolution a été le résultat inattendu des gains obtenus au chapitre des avantages sociaux dans de nombreuses conventions collectives. Ce genre de négociations à caractère social n'a pas réussi aussi bien au Canada. La population canadienne voulait un accès plus large et les hôpitaux avaient besoin de ressources, tant au niveau de l'exploitation que des immobilisations; mais le Canada n'avait pas de régime national obligatoire d'assurance-maladie ni de mécanismes de négociation suffisants dans le secteur privé en matière d'avantages sociaux. Il a donc adopté un mode de financement public, qui était la seule solution possible dans les circonstances.

Il est facile pour les politiciens et les économistes conservateurs de rêver d'un marché privé de la santé, mais comment un système effectif pourrait-il être transformé de façon aussi radicale ? Lorsque le gouvernement conservateur de Margaret Thatcher est arrivé au pouvoir en Grande-Bretagne, il prévoyait privatiser le Service national de santé. L'objectif visé était d'en arriver à la propriété privée des hôpitaux et de financer le système par le biais d'un régime d'assurance-santé semblable à ceux qui existaient ailleurs en Europe. En 1982, le groupe d'étude formé à cette fin et le gouvernement en vinrent à la conclusion que ces changements ne pouvaient pas être réalisés. Il n'y avait ni acheteurs ni gestionnaires dans le secteur privé pour prendre la charge des hôpitaux. Les sociétés de bienfaisance de la période d'avant-guerre s'étaient révélées inefficaces et avaient disparues depuis longtemps. Enfin, le pays ne disposait pas de l'infrastructure administrative nécessaire pour créer un système complet de caisses d'assurance-maladie. La Grande-Bretagne n'avait aucune expérience dans la négociation des tarifs entre les caisses d'assurance-maladie et les prestateurs de soins. L'adoption d'un régime de cotisations sociales pourrait engendrer de la confusion et se solder par un manque à percevoir. Le passage d'un système de budgets globaux à un système de paiements unitaires pourrait entraîner des revenus supplémentaires pour certains hôpitaux et des déficits pour d'autres. Les modalités de transition exigeraient une augmentation sensible des dépenses. Sans une planification et une direction rigoureuses, il pourrait y avoir gaspillage dans les hôpitaux. Les syndicats risquent de s'opposer à la privatisation des hôpitaux. La surveillance d'un système privé contesté pourrait nécessiter une plus grande bureaucratie et davantage de règlements que le Service national de santé n'en exige à présent. Toute transformation au Canada se buterait aux mêmes difficultés.

La souveraineté des consommateurs

Certains critiques du modèle canadien de financement public et du modèle européen d'assurance-maladie obligatoire font valoir que ce sont les patients qui devraient défrayer le coût des soins. Le patient devrait payer de sa propre poche, avec ou sans subventions publiques. Ainsi, contrairement à ce qui se passe à l'heure actuelle au Canada et en Europe, les patients-consommateurs seraient conscients du coût des services, ils éviteraient d'y recourir inutilement et ils négocieraient auprès de prestateurs concurrents qui seraient incités à abaisser leurs prix, obligeant le système à devenir plus « efficient ».

Faire assumer au patient le risque financier et le laisser arbitrer entre l'argent et la santé peut sembler une solution idéale, mais cela irait à contresens de l'histoire. Le financement des soins de santé ne représente pas un

marché comme les autres. Dans tous les pays, ce marché a toujours été fortement redistributif. Jadis, le financement se faisait par une combinaison de ressources personnelles, de charité et de partage collectif des risques – dans le cadre des gildes, par exemple. De nos jours, les soins sont financés en partie par les régimes d'assurance, en partie par des subventions publiques et, dans une moindre mesure, par un apport personnel du patient. Dans tous les pays, la politique a évolué vers un engagement sans cesse croissant à dispenser les soins requis aux nécessiteux, à construire des installations de soins de santé et à percevoir les fonds nécessaires auprès de ceux qui sont capables de payer.

Les propositions axées sur la souveraineté du consommateur ne tiennent pas compte de la structure d'autorité traditionnelle dans le secteur de la santé. Dans tous les pays, la profession médicale a depuis longtemps acquis le pouvoir de diagnostiquer les besoins du patient, de mettre au point des remèdes et de les appliquer. Face au médecin, presque tous les patients éprouvent un sentiment de respect et de dépendance. Les nouvelles formes d'examen critique, comme les études d'utilisation, l'examen de la qualité et l'évaluation de la technologie constituent en quelque sorte des mécanismes d'autorégulation professionnelle. Les tierces parties n'ont acquis que le pouvoir de négocier les niveaux de financement et celui de veiller à ce que les professionnels dispensent des services adéquats.

Laisser les consommateurs déterminer leurs besoins et la protection qui leur convient

Les partisans d'une libéralisation du marché et d'un plus grand choix pour les consommateurs se plaignent de ce que le système canadien soit trop uniformisé. Chaque citoyen paie des impôts et a droit à des avantages identiques. Idéalement, chaque personne devrait pouvoir choisir une couverture moindre et, en retour, toucher une ristourne ou recevoir d'autres avantages équivalents.

Aucun pays disposant d'un programme obligatoire ne permet aux citoyens, c'est-à-dire aux assurés, de se retirer entièrement ou partiellement du régime. Chaque personne est libre de ne pas utiliser le système officiel. Elle peut le remplacer en tout ou en partie par une assurance privée. Mais elle ne reçoit aucune remise, parce que cela nuirait au caractère redistributif du mode de financement par lequel les cotisants qui utilisent peu le système soutiennent les personnes qui l'utilisent davantage mais qui y contribuent peu financièrement. Si les gens en santé pouvaient se retirer du régime, le phénomène de sélection qui en découlerait mettrait le système en faillite. La contribution financière de l'État ne serait pas réduite sensiblement, étant donné qu'il faudrait créer des programmes spécifiques pour les malades et les pauvres. La qualité des soins de santé varierait d'une classe sociale à l'autre, comme c'était le cas avant que les politiques de financement redistributives ne soient adoptées dans le but d'éliminer cette forme d'inégalité.

Les États-Unis sont le seul pays développé qui laisse aux consommateurs un choix aussi grand entre les régimes d'assurance, car il n'y existe pas de régime universel obligatoire. Le marché américain de l'assurance individuelle est très concurrentiel et instable : les personnes acquièrent de nouvelles polices d'assurance, les laissent expirer, se retrouvent sans couverture pendant un certain temps et, éventuellement, se procurent une autre police. Les compagnies d'assurance doivent assumer des coûts élevés de commercialisation afin de garder leurs clients souscripteurs et d'en trouver de nouveaux. Les assureurs doivent augmenter fréquemment les primes ou modifier les prestations afin de rester solvables. Aussi longtemps qu'elle a eu un grand nombre de souscripteurs de polices de groupes et de polices individuelles, la compagnie Blue Cross-Blue Shield a pu surmonter les conséquences financières de l'antisélection; mais dernièrement, les véritables clients, c'est-à-dire les employeurs, ont commencé à pratiquer une nouvelle forme de sélection défavorable. En effet, dans le but de réduire leurs coûts au chapitre des avantages sociaux, de nombreux employeurs, aux États-Unis, ont cessé d'acheter de l'assurance collective et s'assurent eux-mêmes. Si leurs employés se prévalent peu des services pour lesquels une protection leur est offerte, les employeurs ont peu à débourser. Si, par contre, les coûts sont élevés – dans le cas des familles, par exemple – l'employeur refuse de payer et exige que l'employé paie des primes. De nombreux travailleurs ayant une famille doivent défrayer des franchises élevées sur leurs frais médicaux, ce qui réduit la couverture aux seules interventions très coûteuses qui, au total, n'imposent aux employeurs qu'un fardeau assez faible. Ce retour en arrière dans le financement des soins de santé finira sans aucun doute par ranimer les pressions en faveur d'un régime d'assurance-maladie universel et obligatoire (comme en Europe), financé entièrement par des sources publiques (comme au Canada).

La réorganisation de la pratique médicale

Certains observateurs au Canada et en Europe estiment que la structure d'incitations et l'organisation du travail favorise l'inefficience, le gaspillage et la recherche de gains excessifs. Le paiement à l'acte et le travail pour propre compte devraient être remplacés par d'autres formules.

Les *health maintenance organizations* (HMO) ont depuis longtemps été reconnues par certains Américains

comme solution de rechange concurrentielle au travail pour propre compte avec paiement à l'acte. On a dit de ces organisations qu'elles facilitaient un choix éclairé de la part des consommateurs, qu'elles favorisaient l'efficience et la responsabilité professionnelle et qu'elles réduisaient les coûts. À la lecture de la documentation américaine résolument louangeuse sur le sujet, des économistes européens de la santé ont recommandé l'adoption généralisée de ce modèle dans leurs pays[20]. Certains Canadiens ont repris ce thème.

Même si la pratique médicale au Canada pouvait être transformée complètement ou partiellement pour prendre la forme de tels groupes à spécialisations multiples dont les services sont payés d'avance, les gains d'efficience et les économies seraient probablement beaucoup moins élevés que prévu. Le mythe a duré des décennies, mais on a enfin entrepris des recherches sérieuses pour évaluer les HMO aux États-Unis. Certaines économies apparentes sont attribuables à un biais au niveau du recrutement : de nombreuses HMO signent des contrats avec des employeurs dont le personnel est en bonne santé; ce n'est que récemment que les personnes âgées ont pu utiliser l'assurance-maladie (Medicare) pour adhérer à des HMO. En comparant les opérations des HMO et celles des médecins en pratique privée qui sont payés à l'acte, on constate que ces organisations économisent des ressources en faisant une plus grande partie du travail au centre de santé plutôt qu'à l'hôpital. Autrement, les HMO ne sont, en moyenne, ni moins coûteuses ni plus efficientes que la pratique privée[21].

Quels que soient leurs mérites, ces organisations ne peuvent être implantées à grande échelle. Elles ne constituent pas une nouvelle réforme; elles appartiennent déjà au passé. De nombreuses caisses d'assurance-maladie ont commencé à opérer au cours du XIX^{e} siècle ou au début du XX^{e} siècle sous la forme de groupes exclusifs. L'un des objectifs principaux de la profession médicale dans tous les pays a été d'abolir ces groupes, et l'adhésion des médecins aux régimes nationaux d'assurance-maladie a toujours été fondée sur le droit juridique de chaque médecin de traiter les patients assurés, le libre choix du médecin par le patient et l'engagement des caisses d'assurance-maladie à ne pas maintenir d'installations spéciales. Les HMO ne peuvent survivre que si les pouvoirs publics et les caisses d'assurance-maladie leur accordent d'importantes subventions et leur assurent l'exclusivité de leur clientèle; mais de telles mesures ne sont pas seulement interdites par la loi, elles contredisent la philosophie du libre marché, qui est si chère à leurs admirateurs. Même avec une aide spéciale, comme cela se fait aux États-Unis, peu de médecins adhèrent aux HMO et les patients préfèrent transiger sur le marché des services médicaux[22].

Payer les médecins de façon différente

Ceux qui critiquent le mode de paiement actuel des médecins dénoncent les présumés stimulants négatifs qu'il comporte et réclament des tarifs uniformes. Mais, comme pour toute autre idée attrayante, la réalité ne peut pas être transformée par quelque tour de magie. Qu'il s'agisse du spécialiste moderne pratiquant dans une grande ville, du chirurgien médiéval ou du guérisseur et de la sage-femme d'un village du Tiers Monde, le paiement à l'acte est une formule remarquablement universelle et durable. Seul un petit nombre de médecins ont déjà été rémunérés à temps plein selon des honoraires fixes par tête ou à salaire. La formule de la capitation a été employée par des caisses d'assurance-maladie à participation exclusive au cours du siècle dernier, mais elle a été remplacée par le paiement à l'acte, soit entièrement (comme en Allemagne et au Danemark) soit en partie (par le biais de nombreux honoraires spéciaux comme en Grande-Bretagne). La formule de la capitation ne convient que pour la pratique générale, et les spécialistes sont rémunérés sous forme d'honoraires ou de salaires. Les honoraires fixes par tête ne permettent pas de limiter les coûts aussi bien que l'on avait prédit jadis, étant donné que les omnipraticiens ont réussi à obtenir de généreuses indemnités de pratique ainsi que la parité avec les spécialistes (comme aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne).

La pratique salariée à temps plein devient plus courante chez les spécialistes dans les hôpitaux européens et même chez les omnipraticiens dans certains pays (comme en Suède). Elle exige une organisation verticale, des mesures de contrôle et un système de négociations collectives au palier régional ou national avec l'association médicale – réalité bien éloignée de la préférence de nombreux réformateurs pour une plus grande liberté et une plus grande concurrence. Souvent, les systèmes fondés sur le salariat sont inférieurs au plan de l'efficience et des économies. Les médecins payés à l'acte peuvent travailler de plus longues heures que les médecins salariés qui travaillent selon un horaire fixe, comme on a pu le voir en Europe. Les médecins à temps plein incitent les hôpitaux à installer du matériel perfectionné comme condition d'emploi; il en résulte (particulièrement dans les centres médicaux universitaires) une pratique médicale très coûteuse. Afin d'attirer de grands spécialistes dans des emplois à temps plein, les hôpitaux et les autorités gouvernementales en Europe doivent leur consentir des salaires très élevés – presque égaux aux revenus bruts qu'ils toucheraient en pratique privée avec paiement à l'acte et bien supérieurs à leur rémunération nette antérieure.

La formule canadienne du paiement à l'acte pourrait entraîner éventuellement une sérieuse escalade des coûts.

Même si les ministères provinciaux refusent de hausser les honoraires, les médecins peuvent maintenir leur revenu en accomplissant plus de travail ou en partageant le même patient plus largement (renvoi des patients d'un médecin à l'autre). Un nombre croissant de médecins peut ainsi contribuer à accroître les coûts totaux du système en dépit du fait que la population demeure stationnaire[23].

L'Europe a depuis longtemps été exposée au problème de la demande induite par les prestateurs de soins et aux consultations inutiles et, dans plusieurs régimes, le patient est confiné au médecin personnel qu'il choisit d'abord. Certaines mesures pourraient être appliquées au Canada.

- Les caisses d'assurance-maladie et les fonds publics ne paient que pour le premier médecin personnel. Le patient n'a pas le droit de consulter plusieurs médecins, sauf à ses propres frais; l'omnipraticien ne peut habituellement pas diriger un malade vers d'autres médecins généralistes pour les mêmes soins. Toute répétition du même traitement apparaît dans les formulaires d'indemnisation du patient et sont mis en cause lors de l'examen du profil d'utilisation des services. Un patient peut changer d'omnipraticien, mais seulement après en avoir avisé sa caisse d'assurance-maladie.

- La caisse d'assurance-maladie ne paie les honoraires du spécialiste que sur présentation du formulaire de consultation émis par l'omnipraticien.

- Si la formule du paiement à l'acte est abandonnée, le réservoir des patients est limité de façon encore plus stricte. Comme les omnipraticiens britanniques et néerlandais sont payés selon une formule de capitation, le patient doit s'inscrire auprès d'un médecin traitant et il ne peut obliger le régime à payer pour des soins élémentaires reçus ailleurs. Seul l'omnipraticien peut autoriser la consultation d'un spécialiste en vertu de ces régimes.

Robert L. Kane

Récemment, mon épouse et moi avons eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé dans diverses provinces canadiennes. Bien que nous ayons été principalement intéressés à l'organisation et à la prestation des soins de santé de longue durée, nous avons également pu constater certains faits au sujet des soins intensifs (Kane et Kane, 1985*a*). Pour un Américain, le système de soins de santé qui est en place au Canada paraît admirablement civilisé. On a l'impression qu'un esprit entreprenant pourrait facilement exploiter la situation à son avantage, mais qu'un tel comportement ne serait pas toléré.

Il est étonnant de voir le peu de place que tiennent les litiges et la réglementation dans le système canadien de soins de santé, en comparaison avec le système américain. Même si les systèmes en vigueur dans les deux pays reposent sur l'utilisation de fonds publics pour financer des services privés, les rapports entre les fournisseurs et le gouvernement sont très différents. Aux États-Unis, le recours à des fonds publics pour défrayer des services privés a donné lieu à une réglementation très étendue, qui s'est avérée assez peu efficace en raison de la facilité avec laquelle les litiges aboutissent devant les tribunaux. Le secteur privé semble d'ailleurs toujours l'emporter. D'une certaine façon, le secteur privé poursuit sa lutte aux frais du gouvernement, étant donné que les frais juridiques qu'il encourt sont souvent absorbés dans les coûts des soins dispensés.

Récemment encore, le système de soins de santé aux États-Unis était considéré comme pratiquement intouchable. Les fonctionnaires américains à l'instar de leurs homologues des provinces canadiennes, tels que décrit par Glaser, hésitaient à s'attaquer aux modalités complexes qui caractérisent le secteur de la médecine et des industries connexes. L'adoption récente d'une formule de fixation à priori des paiements pour le régime d'assurance-maladie et l'intérêt croissant que suscite le système de capitation montrent que le gouvernement américain escompte pouvoir régler le problème du contrôle des coûts en recourant à de telles mesures. Les deux formules supposent un transfert de la responsabilité décisionnelle en matière de gestion des soins de santé des gouvernements aux fournisseurs de services. L'État n'aura plus à assumer le risque politique associé au rationnement de services jugés précieux. Le gouvernement peut théoriquement comprimer les coûts à un niveau d'intervention plus élevé, ce qui comporte un moins grand risque au plan politique. Ce raisonnement n'est pas sans rappeler celui qu'utilise Glaser lorsqu'il vante les mérites de la budgétisation globale.

L'enthousiasme que suscitent l'une et l'autre stratégies ne signifie pas pour autant qu'elles seront couronnées de succès. Les premières données dont nous disposons sur la valeur de la formule des catégories de diagnostics sont partagées. Certains semblent croire que cette méthode permet d'économiser de l'argent ou, du moins, de réduire la consommation de services hospitaliers. La possibilité d'une diminution de la qualité des services soulève par ailleurs beaucoup d'inquiétude. Ce genre de préoccupation est difficile à étayer, car il faut tenir compte de la loi des grands nombres. Il y a en fait de plus en plus de données ponctuelles qui incitent à penser que les séjours à l'hôpital sont écourtés. Des conversations avec la plupart des médecins américains font rapidement ressortir que ces professionnels sont beaucoup plus conscients du besoin

de contenir les coûts – notamment, de réduire au minimum le recours aux tests et les séjours à l'hôpital. Toutefois, une vaste étude portant sur les effets de l'assurance-maladie (Newhouse et coll., 1981) a montré que le ticket modérateur (paiements conjoints et montants forfaitaires) avait une incidence notable sur l'utilisation des services, mais aucun effet appréciable au niveau de la qualité (Brook et coll., 1983). En revanche, des études portant sur des populations qui présentent des risques élevés (par exemple, Lurie et coll., 1984) ont montré que les coupures dans les services peuvent avoir des conséquences défavorables importantes.

Pour un Américain qui s'intéresse au fonctionnement du système canadien, la première question qui surgit est celle des facteurs d'incitation. Dans un régime de budgétisation globale, on s'attendrait que l'hôpital ait tendance à admettre de préférence des patients dont les soins coûtent moins cher et à garder ceux-ci plus longtemps. De fait, les nombreux entretiens que nous avons eus avec des représentants de divers gouvernements nous ont laissé l'impression que les plaintes au sujet des patients qui « monopolisent » les lits d'hôpitaux n'étaient pas justifiées. En réalité, les patients qui séjournent à l'hôpital en attendant d'être transférés dans des établissements de soins de longue durée représentent un certain avantage pour l'hôpital parce qu'ils contribuent à réduire le coût moyen par jour d'hospitalisation. Mais en dépit des nombreuses questions que nous avons posées à ce sujet, nous n'avons trouvé aucun cas où des patients ayant besoin de soins intensifs se seraient vu refuser l'accès à l'hôpital.

Aux États-Unis, on trouve une littérature abondante sur la nécessité de rationner les soins de santé par divers moyens. Les études portant sur le Royaume-Uni mettent en relief la dimension morale et les conséquences sociales des services (Aaron et Schwartz, 1984). Il existe très peu de renseignements sur les mesures de rationnement qui auraient pu être prises au Canada. Quelques études révèlent une tendance générale à moins recourir à la chirurgie au Canada qu'aux États-Unis (Vayda, 1973), mais la différence observée est le reflet normal de la position intermédiaire qu'occupe le Canada entre le Royaume-Uni et les États-Unis. Parallèlement, d'autres données tendent à montrer que le Canada (Roos et Roos, 1982) accuserait les mêmes variations dans la prestation des services que celles observées aux États-Unis (Wennberg, 1984). Toutefois, ces variations semblent associées davantage aux particularités de divers styles de pratique médicale qu'à des facteurs externes aisément discernables. La forte baisse dans l'utilisation des services hospitaliers enregistrée aux États-Unis dans les secteurs médicaux où il y a une forte concurrence nous amène à nous interroger sur les effets que peuvent avoir les politiques budgétaires en milieu médical au Canada. La mentalité est-elle si différente au Canada que les professionnels et les établissements qui dispensent des services ne réagissent pas aux facteurs d'incitation ?

Il serait utile d'avoir plus d'information sur la mesure dans laquelle la budgétisation globale est susceptible de provoquer un rationnement des services ou une exploitation sélective du marché. Il est sans doute possible de recueillir des renseignements à ce sujet, à partir des différences qui existent d'une province à l'autre dans l'administration et le financement des programmes de santé. Comme point de départ, il serait intéressant d'examiner l'utilisation de certaines techniques coûteuses. Ces techniques sont-elles employées avec la même fréquence partout où les soins de santé sont dans un état d'avancement comparable ? Observe-t-on les signes d'un effet de substitution là où des soins de base pourraient être offerts de préférence à des services plus spécialisés ? Peut-on déceler un effort de régionalisation et, dans l'affirmative, s'agit-il d'une initiative du gouvernement ou des fournisseurs de services ?

Quelques mises en garde s'imposent à propos du système de capitation. Selon la théorie économique, c'est le jeu des forces du marché qui est le mieux en mesure de définir ce qui convient aux producteurs et aux consommateurs. Les partisans du laissez-faire soutiennent que les produits ou les services pour lesquels il n'y a pas de demande véritable ne réussiront pas à s'implanter sur le marché. La protection du consommateur est assurée par la concurrence, celle-ci favorisant l'efficience au sein du marché. Dans le cas d'un régime de capitation fondé sur le paiement préalable, le consommateur insatisfait a la possibilité de se retirer du régime. On suppose que le risque de perdre éventuellement une partie du marché sera un facteur de dissuasion suffisant pour inciter les fournisseurs à tenir compte des préférences de la clientèle. Malheureusement, la réalité est quelque peu différente. Dans un système fermé, le consommateur qui ne peut obtenir de soins n'a guère de recours. Il peut se plaindre ou se retirer du système, mais son retrait ne pénalise pas nécessairement le système. La rentabilité d'un régime de capitation est fondée sur le faible niveau d'utilisation des services par les adhérents au régime. Les participants qui requièrent beaucoup de soins sont une source de pertes et leur départ n'est pas déploré.

Dans certains segments hautement concurrentiels du marché des soins médicaux aux États-Unis, on assiste à des campagnes publicitaires très dynamiques et des programmes de soins de santé soigneusement conçus sont offerts pour attirer la meilleure clientèle. Dans certains cas, les méthodes de commercialisation sont assez voisines de celles employées pour les voitures et le

savon. L'évocation d'images positives est une des techniques utilisées, même si ces images n'ont que peu de rapport avec les aspects des soins qui, pour bon nombre d'entre nous, sont essentiels sur le plan de la qualité.

L'expérience des régimes universels d'assurance-maladie acquise au Canada fournit un modèle important pour les États-Unis. Je partage sans hésitation l'argument avancé par R. G. Evans (1983*a*) selon lequel nous servons fort mal nos propres intérêts en cherchant à tenir des comptes distincts pour les dépenses publiques et les dépenses privées au titre des soins de santé. En effet, l'engouement des Américains pour l'entreprise privée est en grande partie fondée sur un malentendu concernant la différence qui existe entre la prestation de services en réponse aux besoins qui se posent et la prestation de services en fonction des possibilités qu'offre le marché. Dans l'industrie de l'automobile, l'objectif est de vendre des voitures et non de satisfaire aux exigences de ceux qui ont les besoins les plus pressants en matière de transport (Hirschman, 1970).

L'information que nous avons recueillie au sujet des soins de longue durée au Canada nous permet de faire certaines observations sur les réussites et les échecs à cet égard dans ce domaine. Nous avons fait valoir ailleurs qu'il y avait lieu de nous inspirer de l'expérience acquise au Canada, où le régime universel d'assurance-maladie a été élargi pour englober les soins de longue durée (Kane et Kane, 1985*a*). Les modifications visant à assurer le financement des soins actifs vers celui des soins de longue durée ont pu être faites parce que l'administration des régimes est centralisée au niveau provincial. Toutefois, Glaser a sans aucun doute raison lorsqu'il affirme que l'inclusion des soins de longue durée dans le régime d'assurance nécessitera de nouvelles ressources.

Les Canadiens partagent avec leurs voisins du sud le problème que pose le rapport entre soins intensifs et soins de longue durée. Bien que les programmes en vigueur dans plusieurs provinces défraient les coûts des soins de longue durée, le rapport entre ce secteur et celui des soins intensifs demeure ambigu. Dans certains cas, il y a dédoublement des ressources. Ainsi, il existe des lits pour malades chroniques dans l'un et l'autre secteur. Des gains d'efficience potentiels sont perdus parce que les responsables des deux secteurs travaillent chacun de leur côté pour atteindre des objectifs opposés. Il faudrait, au contraire, viser à faciliter le passage des patients d'un secteur à l'autre. Une meilleure planification des congés d'hôpital pourrait contribuer à réduire le besoin pour les soins de longue durée, alors qu'un meilleur suivi médical des patients dans les établissements de soins de longue durée permettrait de recourir moins souvent à l'hospitalisation.

Glaser est d'avis que les organismes de promotion de la santé qui œuvrent aux États-Unis (les SHMO) peuvent constituer un modèle intéressant pour le Canada. La SHMO est plutôt un concept qu'un modèle (Leutz et coll., 1985). En fait, plusieurs provinces ont déjà adopté une formule encore meilleure, soit celle des unités régionales de soins pour les personnes âgées souffrant d'une incapacité. En principe, ces organismes pourraient facilement se charger de dispenser toute la gamme des soins à leurs clients, mais la séparation des services de santé et des services sociaux interdit en pratique une telle intégration. Étant donné que ces organismes régionaux offrent leurs services à l'ensemble de la population, ils n'ont pas le problème de sélection inhérent aux systèmes fondés sur la capitation, comme c'est le cas des SHMO. En outre, plusieurs d'entre eux ont déjà mis au point de très bonnes méthodes de prise en charge des cas, qui semblent éliminer les obstacles administratifs et pratiques qui entravent les efforts déployés dans le même sens aux États-Unis. À ce jour, la principale difficulté rencontrée a été la réticence des professionnels de la santé à accepter les orientations provenant d'un programme considéré comme étant avant tout à caractère social.

Le concept du SHMO suppose une administration locale. À son retour d'un voyage au Canada, un visiteur du Royaume-Uni s'est dit étonné des contraintes entourant la planification des services aux personnes âgées par suite de la centralisation du processus de décision, en comparaison avec les conditions qui prévalent dans son pays. Il était préoccupé par le risque d'une intégration trop étroite des services sociaux et médicaux au niveau provincial, en raison du fait que le secteur hospitalier pourrait faire jouer son influence pour empêcher toute réaffectation significative de ressources vers les soins à domicile et autres services de ce genre. Pour une raison ou pour une autre, ce déséquilibre dans le pouvoir relatif des deux secteurs n'est pas jugé aussi menaçant au niveau local. Certes l'« injustice politique » sera d'autant plus marquée qu'il y aura centralisation à un niveau élevé de l'appareil gouvernemental, mais il s'agit là d'un problème inhérent à l'intégration de ces deux types de services. Quelles que soient les circonstances, on peut difficilement considérer un jumelage des services sociaux et médicaux comme étant une association de partenaires égaux. Une façon de régler le problème serait peut-être de confier le pouvoir au groupe le plus faible et de lui laisser la tâche de gagner la faveur de l'élément le plus fort.

On a appelé les États-Unis le pays des projets pilotes. Nulle part ailleurs trouve-t-on autant de recherches et d'essais dont les résultats sont si rarement mis en application. De nombreuses études ont ainsi été faites pour déterminer dans quelle mesure la prestation de soins au sein même de la collectivité permettrait de réduire les

frais encourus dans les établissements de soins de longue durée. Au Canada, le problème a été abordé sous un autre angle, c'est-à-dire en supposant que la formule de la prestation des soins au sein de la collectivité devait être retenue chaque fois que cela était possible. D'où la décision d'établir un réseau de centres de services communautaires – non par souci d'économie, puisqu'un tel réseau ne fait rien économiser, mais parce que c'est la meilleure formule pour dispenser les soins requis.

Aux États-Unis, on a observé une forte croissance du nombre d'hôpitaux privés. Dans le secteur des maisons de repos, les établissements privés ont longtemps prédominé, mais on a assisté à une véritable mutation au sein du secteur hospitalier au cours de la dernière décennie. L'expansion des hôpitaux privés a mené à la création de filiales à l'étranger. Jusqu'à maintenant, ces établissements privés ne se sont pas fermement implantés au Canada. Comme c'est le cas dans plusieurs États américains, le climat politique et social au Canada n'est pas propice à l'implantation d'institutions hospitalières privées. En revanche, il existe déjà de nombreuses maisons de repos appartenant à des intérêts privés dans plusieurs provinces, mais elles demeurent proportionnellement moins nombreuses qu'aux États-Unis.

L'étape suivante dans l'évolution du secteur des soins de santé aux États-Unis a été l'apparition de chaînes d'établissements (Freedman, 1985). Ces organisations ont connu une expansion verticale (en s'associant à des entreprises connexes afin de fournir une plus vaste gamme de services à la clientèle) tout autant qu'horizontale (par la fusion d'activités parallèles en vue d'attirer une clientèle plus variée). Les chaînes les plus connues sont des entreprises du secteur privé, mais la même formule a été mise à l'essai dans le secteur à but non lucratif. Ces entités peuvent disposer de certains avantages concurrentiels pour ce qui est d'attirer des clients et d'exercer un contrôle au niveau de la prestation des services (ou de leur utilisation par les patients) de même qu'elles peuvent bénéficier d'économies d'échelle. Ces développements surviennent à une époque où les fusions abondent dans le monde des affaires. Certains analystes ont fait remarquer que l'efficacité de ces conglomérats restait à démontrer. Au Canada, les chaînes de ce genre sont plutôt rares, mais on observe tout de même une certaine activité en ce sens, notamment dans le secteur des maisons de repos.

Il est encore difficile d'évaluer la menace que peut représenter la privatisation en ce domaine. Dans certains cas, on semble déceler une tendance à l'exploitation des segments les plus lucratifs du marché, dans la mesure où les établissements privés n'offrent pas les soins les plus spécialisés et les plus coûteux (Pattison et Katz, 1983; Watt et coll., 1985). Du côté des maisons de repos, on s'interroge depuis longtemps sur la qualité relative des services offerts dans les établissements privés et publics. En dépit des préoccupations fréquemment exprimées à ce sujet et de l'argument fort séduisant à l'effet que des directeurs qui ont à rendre compte de leurs activités à des actionnaires agiront différemment de ceux qui ont à répondre devant la collectivité, il n'existe pas de preuves convaincantes pouvant démontrer que la qualité des soins diffère entre l'un et l'autre groupe d'établissements.

Le Canada devrait se défaire de son complexe d'infériorité. Il est grand temps de reconnaître que nombre d'étrangers considèrent les systèmes en place au Canada comme autant de modèles à étudier et à imiter. Les Canadiens doivent être conscients du fait qu'ils peuvent tout autant exporter qu'importer des idées. Il n'est pas du tout évident qu'ils doivent viser à acquérir le même esprit d'entreprise que les Américains. Par ailleurs, il n'est pas facile de voir comment des systèmes qui fonctionnent bien au Canada pourraient être implantés dans un pays où prédomine une telle philosophie de l'entreprise.

Betty Havens

Le présent débat s'impose pour deux raisons. Premièrement, la population du Canada et du monde va en vieillissant et, deuxièmement, les ressources financières dont nous disposons pour répondre aux besoins de cette population en mutation – surtout au chapitre des soins de santé – se révéleront peut-être bientôt insuffisantes.

Au cours des deux dernières décennies, on a observé un vieillissement de la population canadienne. En 1961, 7,6 % de la population était âgée de 65 ans et plus, alors qu'en 1981, la proportion était passée à 9,7 %. Le Canada est cependant encore très loin de la moyenne de l'ensemble des pays industrialisés, qui se situe à 15,1 %. Durant la même période, la part du PIB consacrée aux soins de santé au Canada a augmenté de 5,6 à 7,5 %; ce rapport se compare avantageusement à celui observé dans les autres pays industrialisés. Cependant, il n'y a pas lieu de nous réjouir de cette constatation puisque, selon Glaser (voir son exposé plus haut), depuis 1981 la part des soins de santé dans le PIB a augmenté davantage qu'au cours de toute la décennie précédente.

La situation est d'autant plus délicate que la croissance économique a faibli régulièrement depuis la fin des années 70. Le plafonnement des recettes fiscales et les déficits croissants ont compliqué la tâche des autorités qui s'efforcent de maintenir la qualité et l'accessibilité des soins de santé. Elles ont également dû faire face aux pressions exercées par les établissements de soins et les professionnels de la santé – sans compter les exigences croissantes d'une population âgée de plus en plus nombreuse.

Il est donc important de voir ce que les programmes en vigueur ailleurs peuvent nous apporter. Nous devons procéder à des études et trouver des réponses aux questions qui se posent en regard de l'efficience, de l'efficacité, ainsi que de l'adaptabilité des programmes, des systèmes et des mécanismes de financement établis dans d'autres provinces canadiennes ou à l'étranger. Étant donné les changements qui se produisent dans la population âgée, il est essentiel que nous examinions les points de correspondance entre le système de soins institutionnalisés et les prestateurs de soins informels. Cet exercice soulève lui-même une autre question importante, à savoir la place des femmes en tant que bénéficiaires et prestateurs de soins de santé.

L'adoption de programmes, de systèmes et de mécanismes de financement provenant de l'extérieur

Lorsque nous envisageons la possibilité d'adopter des concepts, des programmes, des systèmes ou des mécanismes de financement en application dans une autre province ou un autre pays, nous devons garder à l'esprit que le Canada ne possède pas un régime unifié de soins de santé mais plutôt dix régimes provinciaux qui, malgré leur similitude, comportent aussi des différences. Glaser a signalé quelques-unes de ces différences en faisant allusion aux provinces – comme le Québec – où le financement des soins de santé est soumis à un système de contrôle centralisé et aux autres provinces – comme l'Alberta et l'Ontario – où les professionnels de la santé jouissent d'une plus grande latitude en matière de facturation. Par conséquent, avant d'envisager de modifier les programmes, les systèmes ou les mécanismes de financement, je pense que nous devons d'abord déterminer si un régime provincial peut être appliqué aussi avantageusement dans une autre province.

Ainsi, si l'on accepte la prémisse selon laquelle le Canada compte plus de médecins et en forme davantage que ses besoins ne l'exigent, on devrait s'attendre à une réduction équivalente des possibilités d'immigration dans toutes les provinces et à une baisse du contingent admis dans toutes les écoles de médecine. Jusqu'à présent, l'immigration ne fait encore l'objet d'à peu près aucune restriction dans certaines provinces tandis qu'elle est restée au même niveau ou a même augmenté dans d'autres (Ryten, 1985). La contradiction entre le principe de donner la formation requise aux résidants de la province qui veulent devenir médecin et celui de ne former que le nombre de médecins nécessaire pour répondre aux besoins de la population place les ministères de la Santé et de l'Éducation dans des positions opposées quant au nombre approprié d'étudiants que devraient compter les écoles de médecine. Toutefois, il importe de se demander pourquoi certaines provinces sont en mesure de réduire le nombre de nouvelles admissions tandis que d'autres s'en déclarent incapables. L'Ontario peut-elle tirer des leçons de la situation au Manitoba ou au Québec, ou, ce qui est peut-être encore plus pertinent, l'Ontario souhaite-t-elle effectuer des coupures dans son programme de formation et, par conséquent, tenter de tirer profit de l'expérience du Québec ou du Manitoba ?

En ce qui a trait aux soins de longue durée, certaines provinces seulement ont inclus dans leur régime d'assurance-maladie les soins dispensés dans les maisons de repos. Étant donné que les coûts de cette initiative ne se sont pas avérés prohibitifs, les autres provinces devraient-elles emboîter le pas ? De même, les soins à domicile ont été offerts – gratuitement ou moyennant des frais minimes – à l'ensemble de la population dans certaines provinces tandis qu'ailleurs, ils ne sont ni offerts à tous ni subventionnés par l'État. Dans ce cas également, les provinces qui ont pris l'initiative d'assumer la charge des soins à domicile n'ont pas encouru de conséquences fâcheuses; par conséquent, les autres provinces devraient-elles les suivre dans cette voie ?

Un examen de ces questions de fond à l'échelon international fait ressortir un tableau tout aussi hétérogène. En effet, il existe presque autant de systèmes de soins de santé, de programmes et de mécanismes de financement qu'il y a de pays. Plus précisément, on note que certains pays développent leurs programmes de formation médicale, alors que d'autres diminuent le nombre de travailleurs de la santé sur leur territoire. À certains endroits, le financement des services de santé est centralisé tandis qu'ailleurs il est complètement décentralisé. Cependant, dans la plupart des cas, on retrouve un système hybride en matière de formation et de financement – autrement dit, la majorité des pays ont adopté une position intermédiaire plutôt qu'extrême dans la conception de ces programmes. Les problèmes relatifs aux soins prolongés et les solutions qui y ont été apportées varient également; en effet, certains pays ont surtout mis l'accent sur les soins en établissement tandis que d'autres ont affecté l'essentiel de leurs ressources à des programmes communautaires de soins prolongés.

Trois facteurs viennent compliquer la tâche de déterminer s'il est possible d'appliquer ailleurs un système de soins de santé existant et de procéder effectivement à la transposition de ce système. Premièrement, il y a la nécessité d'évaluer correctement le contexte historique, culturel, climatique, épidémiologique, social et politique dans les deux pays en cause (Hokenstad, 1985); deuxièmement, il faut s'assurer qu'il est possible de faire une évaluation uniforme de l'ensemble des politiques et programmes pertinents dans les deux pays afin d'établir des

comparaisons valables; et, enfin, il faut qu'il y ait la volonté politique nécessaire pour que l'adoption du système convoité se réalise (Abel-Smith, 1985; Kane et Kane, 1985*a*). Par volonté politique, nous ne voulons pas uniquement dire la volonté des autorités politiques; au contraire, les consommateurs, les prestateurs, les organismes de financement et les organisations officielles qui encadrent ces groupes doivent également être engagés dans la transposition d'un système provenant de l'étranger.

S'il était facile de transférer, en totalité ou en partie, les systèmes jugés avantageux, le Canada aurait alors intérêt à procéder à plusieurs changements. De toute évidence, le Canada devrait notamment : 1) constituer des organismes de représentation des consommateurs semblables aux caisses d'assurance-maladie qui existent en Europe; 2) disposer d'un droit de regard sur les établissements de soins de santé, surtout les hôpitaux, ce qui permettrait de fermer des établissements à l'instar du Service national de santé au Royaume-Uni; 3) favoriser l'intégration verticale à l'échelle locale et diminuer le nombre de propriétaires ou de gestionnaires comme dans le cas du Service national de santé au Royaume-Uni ou des HMO aux États-Unis (bien qu'il semble impossible de généraliser les HMO [Mechanic, 1985]); et 4) mettre en place un mécanisme de planification régionale dans tous les secteurs comme il en existe au Royaume-Uni, où tous les secteurs sont la propriété de l'État. Bien entendu, il y aurait lieu de préserver les points forts des régimes en vigueur au Canada en introduisant ces changements.

Il faut également noter que certains de ces changements sont incompatibles et qu'il sera nécessaire de trancher à l'occasion. Ainsi, comment ou pourquoi encouragerait-on l'établissement d'organismes de représentation des consommateurs semblables aux caisses d'assurance-maladie tout en intensifiant l'intégration verticale à l'échelle locale au sein du système ? Par ailleurs, jusqu'à quel point pourrait-on généraliser le principe de l'intégration verticale à l'échelle locale (au sens du modèle britannique et non pas de celui des HMO), compte tenu du fait que l'autorité dans le système canadien de soins de santé est entre les mains du médecin et, qu'aux États-Unis, on s'achemine de plus en plus vers la privatisation des services ?

Glaser (p. 12) fait valoir que du point de vue de la mentalité les Canadiens sont proches des Britanniques, alors que géographiquement ils sont voisins des Américains; mais il note également que les médecins canadiens partagent les opinions de leurs collègues américains, du moins au sujet de la nouvelle technologie. On peut se demander combien de médecins canadiens sont d'accord avec leurs collègues de l'American Medical Association au sujet de la privatisation des soins médicaux, sinon de l'ensemble des soins de santé.

Il semblerait que le système canadien de soins de santé pourrait tirer profit de l'adoption de certains éléments provenant d'autres systèmes; cependant, la mise en œuvre de telles mesures soulève encore des questions fondamentales. Par exemple, disposons-nous des évaluations nécessaires pour confirmer que l'intégration verticale à l'échelle locale nous fournirait de meilleures garanties en regard du financement adéquat des programmes communautaires de soins de santé à domicile au Canada ? Cela suppose que toutes les provinces sont en faveur de la prestation de soins à domicile par la collectivité, une hypothèse qui n'a pas encore été vérifiée. Nous n'avons que très peu de données fiables sur les coûts prévisibles de l'établissement de services communautaires de soins prolongés au Canada ou aux États-Unis. Par conséquent, si les coûts réels dépassent les prévisions faites à l'aide de formules fondées sur l'hypothèse de la rationalité du fonctionnement du système (malgré que le système dans son ensemble ne soit pas rationnel et soit difficilement contrôlable), nous avons tendance à en attribuer la responsabilité aux programmes ou à la formule employée. Ce faisant, nous ne tenons pas compte du manque de rationalité du système, de la précarité de nos techniques de mesure et de notre incapacité à mettre au point des méthodes permettant d'évaluer correctement l'ensemble des éléments de deux systèmes en vue de les comparer.

L'intégration du système de soins institutionnalisés et des soins non structurés

Divers phénomènes démographiques sont à l'origine des préoccupations que suscite la prestation de soins de santé, et surtout de soins de longue durée, à une société vieillissante. De nombreux ouvrages font état du vieillissement rapide de nos sociétés et du taux de croissance particulièrement élevé des groupes les plus âgés. En outre, il est bien connu que la population âgée est constituée en majorité de femmes. Chez les personnes de plus de 85 ans, on compte près de trois femmes pour un homme. On sait également que la population canadienne est très mobile : la moitié des habitants ont changé de domicile au cours de la dernière décennie et plus du tiers se sont installés dans une autre province. Enfin, nous n'ignorons pas que le pourcentage des dépenses globales en matière de santé qui est consacré aux personnes de plus de 65 ans dépasse la part relative de ces personnes dans la population totale. Cependant, un phénomène peut-être moins connu est que les personnes qui sont aujourd'hui âgées de plus de 70 ans ont eu très peu d'enfants au cours de la période de sous-natalité qui a duré de 1926 à 1945. Par conséquent, cette génération ne peut compter que sur un nombre limité de fils et de filles pour ce qui est d'obtenir les soins dont elle a besoin. Il faut noter que cela n'était pas le cas pour les générations antérieures, ni

pour la génération suivante à laquelle on doit la période de surnatalité d'après-guerre. Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle les personnes âgées n'ont qu'un nombre restreint d'enfants sur qui compter pour prendre soin d'eux ou les aider d'une quelconque autre façon.

Malgré cette baisse de la capacité de soutien au sein de la population, 80 % des soins dispensés aux personnes âgées proviennent d'autres membres de la famille, d'amis ou de voisins. Ce pourcentage a été remarquablement constant au cours des deux dernières décennies et il varie peu d'une province à l'autre (Chappell et coll., 1986). Ainsi, seulement 20 % des soins que reçoivent les personnes âgées sont dispensés par le biais du système de soins institutionnalisés. Les familles et les autres prestateurs informels de soins n'ont pas abandonné leurs aînés. Les soins non structurés ont continué à être dispensés malgré l'avènement de services de soins prolongés assurés ou financés par l'État, que ces services soient offerts en établissement ou au sein même de la collectivité.

En raison du nombre d'enfants issus de cette génération, il est plus probable que ce soit des gens du même groupe d'âge ou de groupes voisins – conjoint, parents, amis et même voisins – qui fournissent ces soins non structurés. Ces prestateurs de soins sont plus vulnérables et ont plus de chances d'avoir eux-mêmes besoin de services structurés de soins de santé. En outre, ils seront peut-être moins en mesure de faire la liaison entre le patient ou sa famille et les instances administratives du système de soins structurés. Il s'agit d'un rôle important, souvent joué par les enfants, même lorsqu'ils vivent loin de leurs parents (Shanas, 1979).

Il est par conséquent essentiel de coordonner efficacement les activités du système de soins structurés et des prestateurs informels de soins. Mais il semble peu souhaitable de faire dispenser des soins non structurés par des personnes dont l'état de santé risque de se détériorer et qui pourraient avoir elles-mêmes besoin de soins structurés (Haug, 1985). De ce point de vue, les centres de dépannage, les soins de jour pour adultes et les séjours périodiques en établissement constituent des services indispensables si l'on veut que les personnes âgées continuent de recevoir les soins requis au sein de la collectivité tout en ménageant la santé des prestateurs de soins. Si l'on adopte une telle perspective, les programmes de soins prolongés tiennent à la fois des mesures de santé préventives et du système de soins de santé; ils servent à assurer des soins aux patients et un service préventif aux prestateurs de ces soins (Bader, 1985; Miller, 1985; Rathbone-McCuan, 1985).

Ce modèle met en relief l'importance d'établir et de maintenir un lien effectif entre le système de soins institutionnalisés et les prestateurs de soins non structurés. Le soutien aux prestateurs de soins doit être considéré comme un des objectifs légitimes du système de soins structurés et comme un élément valable du programme de soins destiné au patient (et aux membres de son entourage qui lui prodiguent une partie de ces soins). Si, dans le cadre de l'évaluation et de la planification des soins, on s'efforce de déterminer ce que le patient est en mesure de faire pour s'aider ainsi que les responsabilités que son entourage pourrait – selon une vision réaliste des choses – assumer, le programme de soins devrait alors prévoir des mesures de soutien à l'intention du patient et des prestateurs de soins.

Pour maintenir cet équilibre entre les services institutionnalisés et les soins non structurés, il est primordial qu'un intervenant responsable du système de soins structurés coordonne l'ensemble des activités. Cette fonction est assumée par un coordonnateur de cas (parfois désigné – incorrectement – « gestionnaire de cas »; voir Havens, 1986), qui se charge des évaluations, de la planification des soins et de la coordination des services soit au domicile du patient, soit à l'occasion de l'admission du patient dans un établissement ou du départ de celui-ci. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, cette fonction échoit aux médecins généralistes, mais elle est, en fait, remplie par des conseillers itinérants en soins de santé. En Suède, ces tâches relèvent des infirmières hygiénistes; en Norvège et en Finlande, elles sont confiées directement aux conseillers itinérants en soins de santé, qui ne sont pas toujours des infirmiers diplômés. Dans tous ces pays, la coordination des services se fait en fonction de zones d'intervention. Les *social/health maintenance organizations* aux États-Unis représentent un autre modèle de coordination des services, organisé en fonction de la clientèle plutôt que d'une zone d'intervention.

La coordination des cas est également un trait distinctif du modèle de soins permanents en vigueur au Manitoba. Les infirmières ou les travailleurs sociaux responsables des programmes agissent en tant que coordonnateurs pour l'ensemble de la clientèle, c'est-à-dire autant pour les personnes qui reçoivent des soins à domicile que pour celles dont le dossier est à l'étude en vue d'une admission en établissement pour une longue période. Les coordonnateurs de cas sont responsables des évaluations et réévaluations, de la planification des soins et de la coordination des services; ils font également la liaison entre le système de soins institutionnalisés et les prestateurs de soins non structurés (Havens, 1986; Kane et Kane, 1985*b*). Le programme mis en œuvre au Manitoba comporte des services d'orientation et d'intervention décentralisés; le financement du programme est par contre centralisé et celui-ci se caractérise par une intégration verticale de tous les services de soins pro-

longés. Il est à noter que les évaluations faites dans le cadre de ce programme servent effectivement à préciser les modalités de soutien aux prestateurs informels, qui continuent de dispenser 80 % des soins. En outre, les centres de dépannage, les soins de jour pour adultes et les séjours périodiques en institution sont considérés comme des services légitimes servant à fournir au patient les soins dont il a besoin et à offrir aux prestateurs de soins non structurés des services de prévention adéquats.

La place des femmes dans l'utilisation et la prestation des soins de santé

On peut inférer de ce qui précède que les femmes reçoivent la part la plus grande des soins de santé dispensés et qu'elles sont les principaux prestateurs de soins structurés et non structurés. Cette situation s'explique en partie par le nombre disproportionné de femmes parmi la population et surtout dans le groupe des personnes très âgées (Lewis, 1985). Cependant, il est aussi vrai que, proportionnellement, les femmes utilisent davantage les services de santé. Dans un article récent, Una MacLean présente cette situation comme un curieux paradoxe. Elle relève que les femmes sont plus souvent malades que les hommes, mais que leur capacité de survie est supérieure à celle des hommes. En termes épidémiologiques, le taux de morbidité est plus élevé chez les femmes, mais leur taux de mortalité est plus bas (MacLean, 1985, p. 674).

En outre, les femmes se sont traditionnellement occupées du soin des enfants, des infirmes, des convalescents et des vieillards. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et l'accroissement concomitant du taux global de morbidité, les femmes seront appelées à jouer un rôle plus grand dans la prestation des soins. L'analyse de MacLean est encore ici très pertinente : tant à la maison – en ne comptant que sur un soutien minimal – qu'en institution, les femmes assument le fardeau des soins; par conséquent, il importe de mener des études épidémiologiques sur le vieillissement et l'incapacité, notamment en ce qui a trait aux conséquences de ces phénomènes sur les patients et sur l'ensemble des femmes qui leur dispensent des soins (MacLean, 1985, p. 675). Il est surprenant que l'on ait accordé si peu d'attention à la « féminisation » des tâches liées à la prestation des soins structurés et, en particulier, des soins prolongés. Il n'est pas rare qu'un visiteur dans un établissement de soins de longue durée s'interroge sur l'absence d'hommes parmi les patients, mais très peu remarquent leur absence parmi le personnel. On prend simplement pour acquis que les femmes se chargent de dispenser les soins en institution tout comme elles le font pour les soins informels. Il est également vrai que le personnel des programmes de soins à domicile et d'autres programmes offerts à la population âgée est composé majoritairement de femmes.

Par conséquent, il est essentiel de connaître le comportement qu'adopteront les femmes au cours des prochaines décennies pour se faire une idée de l'évolution future des soins de santé et de la tendance au vieillissement dans une société aux ressources médicales limitées. Les femmes continueront-elles de recourir aux services de santé dans une mesure proportionnellement plus grande que leur nombre ? Connaîtront-elles encore un taux de morbidité plus élevé et un taux de mortalité plus bas que ceux observés chez les hommes ? Formeront-elles encore la majeure partie du personnel du secteur des soins institutionnalisés ? Continueront-elles de répondre à la demande, sans cesse croissante, de soins non structurés ?

Les études effectuées au Manitoba (Mossey et Shapiro, 1985) ou ailleurs n'ont révélé à peu près rien qui laisserait présager un changement fondamental dans les profils d'utilisation des services de santé, en particulier une diminution du taux d'utilisation enregistré chez les femmes. Nous ne disposons d'aucune indication sérieuse à l'effet que la morbidité chez les femmes serait à la baisse, que la mortalité serait à la hausse, ou que de telles tendances pourraient se manifester dans un avenir rapproché. Si l'on se fie à la documentation existante en matière d'orientation professionnelle et de programmes d'études, il faut également s'attendre à ce que les femmes continuent de former la majeure partie des effectifs dans le réseau des soins de santé structurés. Il est moins évident qu'elles continueront à dispenser des soins informels car, en nombre sans cesse croissant, elles occupent des emplois à l'extérieur du foyer et font des choix professionnels qui sont moins compatibles avec la prestation, à temps plein, de soins non structurés.

Dans une communication récente, Rosenthal (1985, p. 2) souligne le fait que les femmes assument à l'heure actuelle – et continueront d'assumer dans un avenir prévisible – la plupart des responsabilités « intergénérationnelles » de la famille, à un coût souvent très élevé au plan social, physique et émotif. Quels que soient les changements qui marqueront la famille et la société, on peut dire, presque à coup sûr, que le coût ainsi imposé ne diminuera pas et qu'il ira peut-être en augmentant. Souhaitons-nous continuer de mettre à rude épreuve la structure familiale actuelle et de faire porter aux femmes le fardeau des rapports « intergénérationnels » sans leur fournir un soutien systématique satisfaisant ? Allons-nous en outre continuer de pénaliser financièrement les femmes qui doivent quitter leur emploi pour dispenser des soins ? Dans les circonstances actuelles, non seulement ces femmes perdent-elles leur revenu, mais elles doivent également accepter une diminution éventuelle de leurs

prestations de retraite du fait qu'elles n'auront pas suffisamment cotisé à leur régime et qu'elles auront perdu des années de service. Cet appauvrissement futur en retour des soins apportés à la population âgée et malade est carrément incompatible avec toute conception de l'équité.

Conclusion

D'après notre examen de la situation et en tenant compte des éléments qui, selon Glaser, ne conviennent pas au Canada ainsi que des éléments du système canadien de soins de santé qui font l'envie des autres pays, il semble que plusieurs changements pourraient et devraient être apportés. Certains de ces changements peuvent être mis en œuvre dans un avenir rapproché, tandis qu'il faudra plus de temps pour mettre à exécution d'autres modifications. Les stratégies proposées ci-dessous reposent sur certaines hypothèses clés, comme le vieillissement de la population, les ressources limitées, l'universalité du régime de soins de santé et la répartition équitable des avantages.

À court terme, il faudrait : 1) offrir des services en réponse à la diminution de la taille de la famille et au vieillissement des prestateurs de soins non structurés au cours des 15 prochaines années; 2) réformer le système de pensions dans le but de ne plus pénaliser les femmes qui choisissent de quitter leur emploi pour prendre soin de membres de leur famille; 3) fournir des services aux personnes qui dispensent des soins structurés à des prestateurs de soins non structurés; 4) réorienter l'enseignement en matière de santé afin que la prestation de soins soit considérée comme une activité légitime au même titre que le traitement; 5) concevoir des programmes de formation adaptés à la répartition des rôles professionnels et diminuer le nombre des programmes de formation dans des domaines (comme la médecine) qui sont saturés à l'heure actuelle; 6) mettre l'accent sur la formation de stagiaires masculins dans tous les domaines des soins de santé; 7) effectuer des recherches épidémiologiques et des études sur le comportement des femmes, et notamment des femmes âgées; et 8) entreprendre des réformes à partir d'analyses des coûts d'utilisation des services de santé où l'on fait la distinction entre les coûts des soins dispensés aux personnes mourantes et ceux des services liés au processus de vieillissement (voir l'exposé de Roos et coll., chapitre 3) ainsi qu'entre les coûts des services de prévention, des interventions curatives et des soins destinés à une population vieillissante.

À long terme, il serait souhaitable : 1) d'accroître l'intégration verticale à l'échelle locale selon un modèle de soins permanents comme celui qui est appliqué au Manitoba, en prévoyant de l'assortir de mécanisme de contrôle sur les installations de soins intensifs (notamment, le pouvoir de fermer certains établissements ou de les réaffecter aux soins prolongés ou au traitement des maladies chroniques) qui pourraient ressembler, sur certains points, aux SHMO implantés aux États-Unis; 2) de favoriser l'émergence d'organismes de représentation des consommateurs semblables à ceux qui existent en Europe; 3) de concevoir des programmes de santé préventive où l'on met l'accent sur les habitudes de vie, notamment à l'intention des femmes d'âge mûr et des femmes âgées; 4) d'apporter les modifications nécessaires au système de soins de santé afin de tenir compte des conclusions issues du débat actuel sur l'augmentation ou la diminution de la morbidité et de l'incapacité associées à une plus grande longévité (Fries, 1980; Manton, 1982); 5) de donner suite aux recherches menées sur les femmes, qui font partie des initiatives à court terme mentionnées précédemment; 6) d'offrir des services de soutien aux prestateurs de soins non institutionnalisés – qui sont surtout des femmes – et d'assurer la coordination de ces services; et 7) d'encourager davantage l'insertion des hommes dans ces réseaux. Toutes ces réformes sont réalisables et, en les mettant en œuvre collectivement, nous devrions être en mesure d'utiliser plus efficacement les ressources médicales limitées dont nous disposons pour répondre aux besoins de notre population vieillissante.

Discussion générale

Question : *Dans ces mémoires, on n'a pas tenu compte du fait que le secteur des soins de santé fournit de l'emploi à un grand nombre de personnes. Dans les provinces de l'Ouest, les petits hôpitaux sont souvent la seule industrie de certaines villes qui, sans ceux-ci, disparaîtraient de la carte. Il y a donc une très bonne raison de conserver cette industrie. Par ailleurs, l'élite s'oppose farouchement aux coupures, car elle voudrait voir ses enfants devenir médecins. Les conférenciers pourraient-ils nous faire part de leurs commentaires à cet égard ?*

Réponse : C'est l'Église catholique qui, pendant de nombreux siècles, a prodigué les soins de santé en Europe. Les hôpitaux fournissaient aux pauvres des emplois qui leur permettaient de subvenir à leurs besoins fondamentaux. Aujourd'hui, seule une faible proportion des chômeurs pourraient trouver de l'emploi dans le secteur des soins de santé. À la fin des années 50, les hôpitaux européens avaient un effectif insuffisant, et le personnel travaillait de longues heures et était mal rémunéré. Depuis, avec l'avènement des syndicats, la situation a changé et les hôpitaux ne pouvaient dorénavant plus trouver de personnel à moins que la direction accepte les principes de la journée ouvrable de huit heures, de la semaine de cinq jours, des postes non fractionnés et des taux de rémunération normalisés.

En Europe, on n'observe pas une concentration de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé comparable à celle qu'on trouve aux États-Unis. À New York, par exemple, environ 12 % de la population active travaille dans ce secteur tandis que dans certaines petites villes, les services reliés à la santé sont les plus gros employeurs. La réduction des effectifs sanitaires a provoqué un choc énorme aux États-Unis. Plusieurs syndicats du secteur hospitalier ont fait la grève afin de contester ces coupures, mais ils ont perdu. Les hôpitaux peuvent maintenant décréter des coupures plus facilement, mais ils sont réticents devant cette perspective. De son côté, le gouvernement fédéral exerce des pressions afin de réduire les coûts tandis qu'à l'échelle locale, administrations, hôpitaux et travailleurs s'opposent aux coupures. À l'instar des écoles, les hôpitaux seraient mal servis si leur principale fonction consistait à créer de l'emploi.

Tous les emplois dans le secteur des soins de santé ne sont toutefois pas liés aux soins. Les Américains sont les principaux innovateurs dans le domaine du matériel médical de même que les premiers exportateurs d'équipement électronique pour les hôpitaux.

La deuxième partie de la question a trait au surplus de médecins. Aux États-Unis, on observe un phénomène intéressant en ce qui concerne le surplus de dentistes. En effet, les débouchés pour les nouveaux dentistes étant moins nombreux, on s'attendrait à voir les universités former moins d'étudiants en art dentaire. Mais, au contraire, elles tentent d'en recruter davantage en réduisant les frais de scolarité. Il faudrait également voir ce qui se passe pour ce qui est de la formation en médecine. Au Canada, ce phénomène entraîne un conflit entre deux importants ministères, à savoir l'éducation et la santé. L'un des problèmes tient à ce que le ministère de l'Éducation ne prévoit pas suffisamment d'espace pour la formation des étudiants en sciences de la santé et l'autre à ce que le ministère de la Santé ne parvient pas à assurer aux diplômés un revenu qu'ils estiment satisfaisant. Au bout du compte, l'erreur de planification est imputée au consommateur.

Question : *La remarque de Robert Kane au sujet des liens plus efficaces à établir entre le réseau de soins aigus et les soins de longue durée me laisse un peu perplexe. Si l'on regarde ce qui se passe à l'étranger, y a-t-il des principes ou des leçons qui pourraient nous être utiles à cet égard ?*

Réponse : Les meilleurs modèles sont sans doute ceux qu'on trouve en Grande-Bretagne où ce sont les services sociaux qui s'occupent des établissements de soins de longue durée et les services médicaux qui se chargent des soins gériatriques et hospitaliers proprement dits. Le système ne fonctionne pas bien dans tous les cas, et ce sont souvent les médecins qui prennent en charge tous les services. Il convient donc de choisir ses exemples bien soigneusement.

Tous les pays européens tentent désespérément de coordonner les services dispensés dans les hôpitaux de soins aigus avec ceux des hôpitaux de soins prolongés, des foyers pour personnes âgées, du programme de soins à domicile et des autres agences d'aide à domicile. L'un des principaux problèmes qu'il faut affronter est la fragmentation du financement, une faible partie des fonds provenant des caisses privées d'assurance-maladie, de la communauté, des budgets des administrations locales, des organisations philanthropiques tandis qu'une part importante des coûts est assumée par le patient.

Un autre problème est que ces changements surviennent dans une conjoncture difficile marquée par la récession et un fort taux de chômage. L'une des grandes difficultés tient au fait que dans tous les pays, la caisse de l'assurance-maladie est constituée à même les impôts prélevés sur les salaires, et tandis que les fonds diminuent, les coûts des soins de santé augmentent. Si le Canada n'est pas aux prises avec un problème semblable, c'est parce que le chômage n'a pas une incidence directe sur le financement des régimes d'aide sociale.

Au cours des dernières années, divers pays ont commencé à discuter de la question du financement des soins de santé et à partager leurs idées à cet égard. Il y a nombre d'expériences européennes sur lesquelles on pourrait se pencher, mais beaucoup d'Européens souhaiteraient également connaître l'expérience canadienne.

Question : *Les écoles de médecine ne pourraient-elles pas enrichir leur programme d'études de manière à se pencher sur le problème de la coordination des soins prolongés, et les écoles de soins infirmiers ne pourraient-elles pas mettre davantage l'accent sur les soins gériatriques ?*

Réponse : Tout programme de recyclage des médecins devrait débuter par le cours « humilité 101 ». La première question consiste à savoir si le nouveau système devrait être érigé autour du système médical ou vice versa. On semble préférer un modèle ayant davantage un caractère social dans lequel les médecins pourraient jouer un rôle de collaborateurs.

Les médecins devraient être formés selon les méthodes des modèles cliniques. Il n'y a rien de plus formateur pour l'étudiant en médecine que de se trouver devant un malade atteint de pneumonie pneumococcique, de lui donner une injection de pénicilline et de le voir recouvrer la santé. Il

nous faut mettre au point des modèles semblables afin de leur montrer que des soins gériatriques de meilleure qualité peuvent améliorer considérablement l'état fonctionnel des personnes âgées et les rendre beaucoup plus autonomes. Il ne s'agit pas tout simplement de « gérontologiser » le programme de formation, solution simpliste qui a été envisagée aux États-Unis de même qu'au Canada, mais il faut créer de nouveaux modèles de soins qui peuvent être utilisés dans le cadre de la formation. La formation axée sur la réadaptation des personnes âgées devra avoir un caractère pluridisciplinaire.

Il y a eu des périodes au cours desquelles le programme de formation en médecine a subi de grandes transformations expérimentales, été l'objet de beaucoup d'attention pour ensuite être adopté par un grand nombre d'universités. Il suffit pour s'en convaincre de penser au grand intérêt manifesté pour la chirurgie dans les grandes écoles de médecine françaises autour des années 1830 ou à la transformation de la formation médicale à l'université Johns Hopkins à la fin du siècle dernier. Au cours des dernières années, on a tenté de modifier le programme aux États-Unis. L'un des meilleurs exemples que l'on puisse citer de cette nouvelle approche est le cas du Mount Sinai Medical Center à New York où tous les étudiants doivent faire un stage dans un foyer pour personnes âgées pendant leur formation. Peut-être cela parviendra-t-il a transformer les attitudes. Pour ce qui est de la formation en médecine, la récompense se trouve encore dans les domaines de la médecine scientifique et de la haute technologie médicale.

Pour ce qui est du Canada, vous n'êtes peut-être pas aussi prisonniers de cette orientation vers la haute technologie, et il vous est peut-être possible de mettre au point un nouveau modèle. Pourquoi ne décidez-vous pas de développer un tout nouveau type de formation en santé, en médecine, en sciences infirmières et en service social qui pourrait être mis à l'essai dans un grand centre de formation de l'une des provinces ? Vous pourriez sans doute recevoir beaucoup d'attention et exercer beaucoup d'influence.

Question : *Étant donné que nos ressources sont limitées, nous voulons éviter d'ajouter de nouveaux types d'installations, car pour ce faire, il faudrait retirer quelque chose du système actuel de soins aigus. En Ontario, nos efforts ont été contrecarrés par le manque d'appui du public qui veut toujours des installations de soins aigus. Quel rôle devrait jouer l'éducation publique et dans quelle mesure est-elle nécessaire ?*

Réponse : Il est évident que l'innovation n'apparaît pas spontanément. Ce qu'il nous faut, c'est un bon vendeur qui pourra sensibiliser la société à ses propres besoins. Par exemple, Robert Butler est devenu un acteur très important sur la scène publique, tant à la télévision que dans le cadre de conférences, qui s'est donné comme mission de convaincre le monde de la médecine aux États-Unis d'adopter la gériatrie. Il vous faudra faire quelque chose du genre au Canada.

Aux États-Unis, nous avons vu se former des groupes très puissants de personnes âgées, qui sont maintenant plus de 30 millions. Pendant longtemps, ces groupes ont refusé de se pencher sur le sort des personnes âgées dépendantes, victimes des soins prolongés. Aujourd'hui, on observe un revirement, et ils ne se penchent plus uniquement sur les soins aigus, mais aussi sur les soins de longue durée. Une partie de la stratégie devrait consister non seulement à former de bons vendeurs, mais encore à sensibiliser les groupements politiques qui formeront le noyau de groupes de pression. En effet, en Ontario, il y a un groupe très actif de citoyens qui s'intéressent à la question des centres d'hébergement et qui ont réussi à apporter des changements profonds en apportant des arguments qui sont très difficiles à réfuter, non seulement sur le plan des faits mais encore du point de vue politique.

Être obligé de fermer une partie du réseau des soins de santé afin d'économiser les ressources peut donner lieu à certains problèmes. En Australie, par exemple, on ne parvient pas à garder les infirmières dans le réseau, et l'on en est arrivé au point de recruter des infirmières en Angleterre et de leur offrir le passage à un prix dérisoire à condition qu'elles s'engagent à travailler dans le réseau pendant une période de deux ans. Les infirmières australiennes quittent leur poste parce qu'elles reçoivent un traitement inférieur au salaire versé à une sécretaire en Amérique du Nord. La diminution du nombre d'infimières a entraîné une baisse du nombre de lits d'hôpitaux disponibles, ce qui est conforme à une décision politique prise antérieurement par le gouvernement australien. Cela nous montre que nous avons affaire à un système dynamique et que, si nous intervenons à un niveau, il y a des répercussions à tous les autres. Il s'agit de déterminer s'il est possible de conserver certaines parties du système sans le détruire complètement.

Question : *Environ 65 % de nos dépenses en soins de santé sont engagées au cours des six derniers mois de notre vie. Une grande partie de notre investissement est donc consacrée à la prolongation de la vie et non à l'amélioration de la qualité de notre existence. Pouvez-vous nous dire si ce débat de la qualité de la vie par opposition à sa prolongation est également engagé en Europe ?*

Réponse : C'est là une question très complexe. On assiste actuellement à un débat, ou plutôt à une polémique, semblable entre les prestateurs de soins et les organismes payeurs dans divers pays européens, et en

particulier aux Pays-Bas. Le problème présente des aspects différents dans chaque pays, et dans certains, le débat n'est pas encore engagé.

Il nous faut vraiment songer sérieusement à ce que nous entendons par « qualité des soins ». Nous parlons de soins dispensés dans un établissement sur de longues périodes au cours desquelles le type de vie réservé à une personne peut être tout aussi important que la vie elle-même. Malheureusement, on n'a pas beaucoup de données fiables sur l'importance que revêt la qualité de la vie aux yeux des gens. Aux États-Unis, le mouvement en faveur des hospices était d'abord un mouvement qui préconisait un meilleur traitement des malades en phase terminale, mais, en fin de compte, il n'a pas entraîné une amélioration de la qualité des soins ou des économies réelles.

3 Offre et demande de services de santé

Alan Walker

Je me propose, dans cet exposé, d'examiner l'incidence du vieillissement de la population canadienne sur les services sociaux et les services de santé, et de m'inspirer de l'expérience récente en planification au Royaume-Uni et de suggérer des orientations pour la politique dans ce domaine. C'est avec un mélange de gratitude et d'appréhension que j'ai accepté l'aimable invitation du Conseil économique du Canada à venir vous parler des soins de santé aux personnes âgées au Canada, vus d'un poste d'observation aussi éloigné que la Grande-Bretagne. Le Canada compte des gérontologues sociaux qui sont parmi les mieux connus et les plus respectés du monde entier, et qui connaissent certainement les politiques sociales de leur pays mieux qu'un étranger ne saurait le faire. Et puis, il y a toujours le risque qu'une telle démarche soit qualifiée, au mieux, de présomptueuse et, étant donné les liens historiques qui unissent nos deux pays, au pire, d'impérialiste. Or, les commentaires qui suivent ne sont absolument pas destinés à présenter un ensemble de politiques ou de programmes britanniques que le Canada devrait adopter d'emblée, mais ils visent plutôt à encourager l'échange d'information sur le vieillissement et la politique sociale dans le but de faciliter la formulation des politiques dans les *deux* pays.

Il me semble que le Royaume-Uni et le Canada ont intérêt à s'échanger des renseignements sur les soins aux personnes âgées. Sans doute nos deux pays diffèrent-ils par leur étendue et par leur structure, mais on trouve un certain nombre de similitudes importantes du point de vue des services sociaux et de santé qui ont été mis sur pied de part et d'autre. C'est en partie grâce à l'action de ces services que les deux pays verront leurs populations respectives vieillir à un rythme régulier au cours des quatre ou cinq prochaines décennies. En fait, le rythme sera beaucoup plus rapide au Canada qu'au Royaume-Uni, où le vieillissement a surtout progressé au cours des 50 dernières années. À l'instar des autres grandes nations occidentales, les deux pays recherchent des moyens plus efficaces de dispenser les services sociaux et de santé. Tous deux ont une économie mixte reposant sur des services publics, privés et bénévoles. La Grande-Bretagne souffre du même esprit de clocher qui semble exister au Canada (Schwenger, 1985, p. 4), mais, victime d'une illusion post-impériale, elle croit en outre que ses institutions sociales sont les meilleures au monde. Une recherche faite dans un esprit de coopération et, faut-il l'espérer, de collaboration nous aiderait à résoudre les problèmes et les carences qui existent au niveau des politiques et des institutions dans les deux pays. Il faut, bien sûr, élaborer des politiques qui soient adaptées au pays où elles doivent s'appliquer, mais cela n'exclut pas la possibilité de recourir aux résultats des recherches effectuées ailleurs pour tirer profit des réussites et des échecs et, par là, établir les grands paramètres des politiques destinées à faire face au vieillissement démographique.

Certains indices permettent de croire que les débats publics qui se sont amorcés en Grande-Bretagne il y a une trentaine d'années et qui se sont poursuivis sporadiquement depuis lors préfigurent les transformations remarquables qui se produiront au cours des 40 prochaines années dans la composition de la population canadienne, c'est-à-dire le doublement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus. Depuis quelques années, le gouvernement britannique est de nouveau préoccupé par l'évolution démographique en raison des ponctions qui s'exercent sur les ressources du secteur public et de la nécessité d'accroître l'efficacité économique de ce dernier. Les mêmes difficultés confrontent les responsables politiques canadiens, qui sont à la recherche de solutions au problème du vieillissement et qui insistent sur l'urgence de résoudre ces questions, mais risquent par là de succomber à la tentation d'appliquer des cataplasmes plutôt que de mettre en place des politiques soigneusement conçues et planifiées. Dans la suite de mon exposé, je traiterai des deux côtés de cette médaille – l'offre et la demande de services sociaux et de services de santé – en essayant d'établir quels sont les besoins des personnes âgées et comment on peut y répondre. L'approche à cette question est d'abord axée sur les soins sociaux plutôt que sur le traitement, car cela correspond aux besoins principaux de la plupart des vieillards les plus invalides et parce que la demande de soins de longue durée s'accroîtra de plus en plus, à mesure que s'élèveront l'âge moyen et l'espérance de vie moyenne au Canada (Woods Gordon, 1984, p. iv).

L'accroissement des besoins et la demande de services

L'accroissement de la demande de services sociaux et de services de santé est notamment attribuable aux besoins

grandissants suscités par l'augmentation du nombre de personnes âgées, surtout de celles qui sont d'un âge très avancé. Au Royaume-Uni, la baisse de la mortalité dans toutes les tranches d'âge, alliée à une longue diminution de la natalité, a réduit à un niveau sans précédent la proportion des enfants dans la population et a produit ce phénomène propre à la fin du XX[e] siècle qu'est le vieillissement démographique (Ermisch, 1983, p. 11). On peut prévoir qu'une évolution analogue se produira au Canada au cours des 40 prochaines années et au-delà, alors que les enfants nés au cours de l'après-guerre approcheront l'âge de la retraite vers les années 2010 et atteindront la vieillesse avancée vers l'an 2030 (le professeur Manton traite des incidences de cette évolution plus loin).

En 1981, 15 % des Britanniques étaient âgés de 65 ans et plus, comparativement à 9,7 % des Canadiens. Le Canada devrait cependant rattraper et même dépasser le Royaume-Uni d'ici peu. En 2021, les proportions devraient atteindre 17,2 % au Royaume-Uni et, si l'on applique la projection démographique moyenne de Woods Gordon (1984), 18,2 % au Canada. Dans les deux pays, la principale augmentation au cours de cette période se manifestera au sein de la génération âgée de 75 ans et plus, mais, ici encore, on prévoit qu'au Canada cette progression se fera à un rythme très rapide : hausses de 130 % parmi les personnes de 65 à 74 ans et de 158 % parmi celles âgées de 75 et plus, comparativement à 9 et 38 %, respectivement, au Royaume-Uni. (Les chiffres au cours des 50 dernières années en Grande-Bretagne étaient de 91 et 232 %, respectivement [Wicks, 1982; Walker, 1985]).

Ce n'est donc pas l'ampleur des mutations de la pyramide des âges de la population canadienne qui est remarquable, mais plutôt le *rythme* de cette évolution. Même plus, la pyramide des âges au Canada est déphasée, à l'heure actuelle, par rapport à celle de la plupart des autres grands pays occidentaux. En moyenne, dans les 10 pays membres de la Communauté économique européenne, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 14,2 % de la population globale, le chiffre le plus faible (10,6 %) étant celui de l'Irlande et le plus élevé (15,1 %), celui de l'Allemagne de l'Ouest (Eurostat, 1984). Bien sûr, la faible proportion, à l'heure actuelle, des personnes âgées au Canada n'est pas attribuable à une incapacité d'accroître l'espérance de vie : au nombre des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Canada est l'un de ceux où elle est la plus élevée pour les hommes et les femmes de 60 ans, alors que c'est au Royaume-Uni qu'elle est la moins élevée (OCDE, 1985, p. 131). Cette proportion relativement faible au Canada tient surtout aux taux de fécondité relativement élevés au cours des années 50 et au début des années 60 – phénomène également observé aux États-Unis et en Australie –, alors qu'au Royaume-Uni et dans les autres pays de l'Europe occidentale, l'explosion des naissances s'est produite plus tard, a duré moins longtemps et a été marquée par des taux de fécondité beaucoup plus bas (Ermisch, 1983, p. 23).

Éviter le désespoir démographique

Les rapports officiels et les comptes rendus populaires relatifs au vieillissement et à la politique sociale débutent souvent par une description des mouvements démographiques qui s'apparente à celle que je viens de faire, mais il se dessine une tendance croissante à se servir de ces statistiques pour dénigrer la vieillesse et sombrer dans ce qu'on pourrait appeler une démographie alarmiste du désespoir. Lorsqu'on examine les répercussions possibles de l'évolution démographique, il convient donc d'éviter cet écueil en faisant ressortir cinq aspects qui risquent d'induire en erreur.

Le premier de ces dangers est celui d'exagérer l'impact du vieillissement et de créer l'impression que des hordes de plus en plus nombreuses de personnes âgées et frêles exigeant des services sociaux et des services de santé vont nous envahir et nous submerger. Par exemple, en Grande-Bretagne, dans les rapports officiels et dans les descriptions populaires, on a récemment utilisé des expressions telles que « le fardeau grandissant de la dépendance », « un désastre social », « une marée montante », « un raz de marée », et ainsi de suite (U.K. Department of Health and Social Services, 1983*b*). L'image caricaturale qui se dégage de telles expressions – qui, ou bien traduisent la réalité de façon incomplète, ou bien sont tout simplement dégradantes – trouve ses origines dans les institutions sociales et politiques (en particulier le marché du travail) plutôt que dans les faits démographiques. On nous encourage à croire que le problème social de la dépendance n'existe que parce qu'augmente le nombre de personnes appartenant à une tranche d'âge donnée, ce qui revient à convertir, de façon simpliste mais erronée, des projections démographiques en réalités sociales, telle la dépendance. Or, la dépendance est un état déterminé davantage par le contexte social que par des facteurs biologiques ou démographiques. Elle est d'abord le produit d'une division du travail et d'une structure de l'inégalité particulières dans la société plutôt que la résultante naturelle du vieillissement. Au lieu de faire l'analyse socio-économique de la réalité et de la signification changeante du troisième âge, on s'emploie largement à décrire le vieillissement à l'aide de statistiques démographiques. Ce faisant, on dissimule la mesure dans laquelle nous avons effectivement *créé* cet état de dépendance des personnes âgées. Cela ne veut pas dire, bien sûr, que les gens ne vieillissent pas et qu'ils ne souffrent pas de maladies ou d'invalidité qui, parfois, mènent à la dépen-

dance; il s'agit plutôt de reconnaître que notre conception de la vieillesse et de l'état de dépendance des personnes âgées est le produit de nos actions et de nos attitudes, et non pas la résultante de facteurs démographiques ou du processus biologique du vieillissement. Et c'est pourquoi nous n'accordons pas aux politiques destinées à *prévenir* l'invalidité et la dépendance la même priorité qu'aux dépenses engagées dans les services sociaux et les services de santé, attitude qui ne reflète qu'une réaction face à ces deux phénomènes (pour une analyse plus détaillée, voir Walker, 1980*a*, 1981*a*, 1983; Townsend, 1981*a*).

Ce qui ressort, en pratique, de ce genre d'analyse structurelle, c'est que l'âge et, notamment, la dépendance sont des artifices sociaux qu'on peut modifier, comme on l'a fait par le passé, à l'aide de politiques socio-économiques relatives à l'âge de la retraite ou à la répartition des ressources entre les différentes générations et les différentes classes sociales, par exemple. Cette approche nous permet également de constater que la démographie du désespoir sert les intérêts de certains politiciens et fonctionnaires (Walker, 1982*b*). En fait, les services sociaux et les services de santé sont représentés sur la scène publique par un vaste éventail de groupes et d'intérêts puissants qui, souvent involontairement, perpétuent le mythe selon lequel la vieillesse, la dépendance et le besoin sont synonymes. On trouve, dans les services de soins à domicile, les maisons de retraite et les maisons de soins, les syndicats des services sociaux et des services de santé, ainsi que parmi les cadres des services, les politiciens provinciaux, les professionnels de la santé, les fonctionnaires du ministère de la Santé et du bien-être et les ministres, des personnes qui ne manquent pas de souligner les inquiétudes que suscite la croissance des générations âgées, dans le but tout à fait honorable d'obtenir pour elles de meilleures prestations, des services améliorés ou un enrichissement des ressources consacrées aux services sociaux et aux services de santé. Cependant, en faisant valoir ces points de vue, ces praticiens et observateurs ont peut-être contribué à propager et légitimer une image fausse de la vieillesse, ainsi que des véritables origines et de la vraie nature des besoins des personnes âgées. Cela entraîne le risque que les politiques soient formulées dans un climat de doute et d'alarme, ce qui serait la solution la plus facile, plutôt que de les fonder sur une analyse approfondie des besoins réels. Or, on pourra éviter de sombrer dans la démographie du désespoir à l'aide d'une recherche attentive et d'une planification sociale concertée.

Deuxièmement, comme l'a fait remarquer Titmuss (1981, p. 56), en considérant la hausse du nombre de personnes âgées comme une menace ou un fardeau, on tombe dans le paradoxe, car cette conception revient à sous-estimer les progrès sociaux accomplis par les pays avancés comme la Grande-Bretagne et le Canada. Elle tend notamment à déprécier les progrès considérables réalisés dans le domaine du bien-être collectif grâce à l'élimination de nombreuses causes de décès prématuré dans les générations précédentes. L'adoption de cette thèse accentue également la tentation de considérer le prolongement de l'espérance de vie comme un bienfait très discutable, sinon comme un mouvement régressif, plutôt que comme un objet de fierté nationale. Le Conseil économique lui-même est venu bien près de tomber dans ce piège lorsqu'il a souligné que « les services de santé deviennent les victimes de leur propre succès » (Conseil économique du Canada, 1982, p. 71).

Troisièmement, il faut se rappeler que l'accroissement du nombre de nécessiteux parmi les personnes âgées n'entraîne pas forcément une augmentation des ressources qu'on leur consacre. Il n'existe pas de marché parfaitement concurrentiel pour les services sociaux et les services de santé au Canada. Comme au Royaume-Uni, le « marché » est dominé par l'État et, par conséquent, l'offre est d'abord déterminée par les dépenses publiques affectées à ces services. On peut facilement constater qu'au Royaume-Uni, les dépenses consacrées à ces services n'ont pas augmenté au même rythme que l'accroissement des besoins (Ermisch, 1983, p. 283). Ainsi, quelle que soit la force des pressions que suscitera la hausse du nombre de personnes âgées à l'avenir, ce sont des facteurs politiques qui joueront un rôle déterminant dans l'allocation des ressources publiques aux soins de santé et aux services sociaux. Il serait intéressant de savoir si les personnes âgées au Canada et au Royaume-Uni se mobiliseront, comme elles l'ont fait aux États-Unis, pour devenir une force politique dans le combat pour les ressources nationales, mais cette question déborde le cadre de mon exposé.

Il s'ensuit, en quatrième lieu, que l'évolution démographique constitue le plus important de tout un ensemble de facteurs – y compris les choix des électeurs, la publicité politique, les progrès technologiques, les mesures de financement et de planification des dépenses, l'inflation et son effet relatif sur les prix, ainsi que les jugements professionnels – qui contribuent à accroître la demande de services sociaux et de services de santé (Judge, 1982).

Enfin, il reste toujours la question du degré de confiance qu'on peut accorder aux projections démographiques. Force nous est de constater que, parmi toutes les formes de prévisions sociales, celles qui reposent sur les données démographiques semblent avoir été les moins fiables (Abrams, 1978*a*, p. 5).

L'âge, l'invalidité et la santé

Compte tenu de ces observations, que peut-on dire avec certitude sur les besoins de santé des personnes âgées en matière de soins ? Leur état de santé diffère de celui des jeunes, tant du point de vue de la fréquence que de la nature des maladies et des invalidités qui les frappent (Hodkinson, 1975). À mesure qu'on avance en âge, l'incidence de la maladie et de l'invalidité s'accroît, de même que la consommation des services sociaux et médicaux (Angus, 1985, p. 12). Non pas que l'âge soit en lui-même la cause du besoin et, donc, de la demande exercée sur ces services, car la relation entre l'âge et le besoin n'est pas aussi simple. Bien des octogénaires restent actifs et farouchement indépendants, tandis que d'autres ont besoin d'aide et de soutien matériels, en général minimes. Mais au-delà de la cinquantaine, environ, on constate une augmentation marquée de l'incidence de l'invalidité – notamment dans ses formes moins graves – et de la pathologie dans les tranches d'âge successivement plus avancées. Au-delà de 70 ans, l'incidence de l'invalidité grave augmente très rapidement (Townsend, 1979, p. 708).

La situation au Royaume-Uni illustre bien l'incidence accrue de l'invalidité et de la morbidité aux âges avancés. En 1981, la durée moyenne des maladies graves chez les personnes âgées de 65 ans et plus était de 35 jours pour les hommes et 47 jours pour les femmes, tandis que les moyennes pour tous les âges étaient de 19 et 24 jours, respectivement. En ce qui concerne les maladies chroniques, les chiffres pour les hommes et les femmes de 65 ans et plus étaient respectivement de 54 et 63 %, comparativement à des moyennes de 28 et 30 %, respectivement, dans l'ensemble de la population. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans des foyers privés et souffrant d'invalidité grave est plus de trois fois supérieure à celle des personnes âgées de 65 à 74 ans (18 % contre 5 %), et la proportion de celles qui ne souffrent pas d'invalidité est moins de la moitié (27 % contre 60 %). Le tableau 3-1 montre l'incidence de l'invalidité dans diverses tranches d'âge de personnes vivant dans des foyers privés.

Toutes les causes majeures de pathologie et d'invalidité chez les personnes âgées – arthrite, troubles cardiaques et pulmonaires, cécité et affaiblissement de la vue, surdité, troubles de la circulation – ont tendance à se manifester davantage, souvent de façon simultanée, dans les tranches d'âge successivement plus avancées. Il en est de même pour la pathologie mentale : les femmes de 80 ans et plus sont plus de 40 fois plus susceptibles de souffrir d'un syndrome cérébral organique que celles qui ont entre 65 et 69 ans; chez les hommes, le rapport est de 2 à 1 (Royal College of Physicians Committee on Geriatrics, 1981, p. 8).

Tableau 3-1

Incidence de l'invalidité chez les personnes âgées qui ne vivent pas dans des institutions, Royaume-Uni, 1981

En pourcentage

	65 à 74 ans	75 ans et plus	Les deux groupes
Degré d'invalidité :			
Aucune	60,2	27,4	49,2
Légère	19,8	21,6	20,4
Modérée	14,7	32,8	20,8
Grave	5,3	18,2	9,6
Total	100,0	100,0	100,0

SOURCE Walker (1985), p. 7.

Les statistiques sur l'incidence de la pathologie et de l'invalidité parmi les personnes âgées démontrent, paradoxalement, la caractéristique la plus importante de leur état de santé : la vaste majorité de ces personnes n'ont *pas* besoin de soins et peuvent se débrouiller sans l'aide d'un parent et sans recourir aux services sociaux ou aux services de santé. Comme l'illustre le tableau 3-1, plus de la moitié des personnes âgées d'au moins 65 ans ne souffrent pas d'invalidité et un cinquième d'entre elles ne sont que légèrement invalides. Même parmi les personnes de 75 ans et plus, près de la moitié ne souffrent pas, ou à peu près pas, d'incapacité. L'image très répandue des personnes âgées comme vieillards invalides et à la solde des autres est donc profondément erronée. On oublie souvent cette réalité dans les débats officiels sur la prestation de services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées : la majorité d'entre elles n'ont pas besoin de ces services ou n'y font appel que rarement, d'où il faut conclure que *la majeure partie des soins de santé que reçoivent les personnes âgées sont ceux qu'elles s'administrent à elles-mêmes.* Bien que l'évaluation que les personnes âgées se font elles-mêmes de leur propre état de santé n'indique qu'approximativement leurs besoins réels en soins de santé, elle confirme les résultats d'études plus objectives. Ainsi, au Royaume-Uni, plus des trois quarts des personnes âgées vivant à la maison – y compris les trois cinquièmes de celles qui ont 85 ans et plus – se considèrent généralement en bonne santé (Hunt, 1978, p. 73).

L'influence des facteurs sociaux et du milieu constitue un deuxième facteur important de différenciation entre l'état de santé des personnes âgées et celui des gens plus jeunes. Les personnes âgées, notamment les femmes d'un âge avancé, souffrent de graves privations pécuniaires par rapport aux adultes plus jeunes. Il y a un nombre consi-

dérable de personnes âgées qui ont vécu toute leur vie dans une situation économique difficile et qui, au moment de la retraite, ont subi une baisse du revenu et de la condition sociale; de ce fait, elles sont davantage susceptibles que les générations plus jeunes de se trouver dans l'indigence, de disposer de revenus faibles, d'avoir un régime alimentaire insuffisant et de subir des privations en matière de logement et de milieu social. On n'a pas encore évalué l'incidence précise des privations sur l'état de santé (Walker, 1981*a*). On sait cependant que le milieu social est à l'origine d'une proportion importante de maladies coronariennes et de cancers de toute sorte (voir, par exemple, Townsend et Davidson, 1982). En outre, l'invalidité et l'incapacité sont étroitement reliées à la catégorie professionnelle (Walker, 1980*b*). D'autres problèmes de santé comme l'hypothermie, l'incontinence et la dépression ont été reliés dans une certaine mesure à des causes sociales – logement inadéquat, chauffage insuffisant ou sentiments d'aliénation sociale (Tinker, 1983, p. 61). Les facteurs liés à la condition financière et au milieu social jouent également un rôle important à l'égard des *demandes* que les personnes âgées exercent sur les services sociaux et les services de santé. Ainsi, la carence de logements adéquats et de soins appropriés dans le milieu où elles vivent a une influence déterminante sur les taux d'admission et les durées de séjour dans les maisons de retraite, les maisons de soins et les hôpitaux (je reviendrai sur ce point un peu plus loin).

Le rôle que jouent la situation économique et le milieu social à l'égard de l'état de santé des personnes âgées et des demandes qu'elles exercent sur les services sociaux et de santé nous rappelle non seulement que les maladies graves et les maladies d'origine organique ne constituent qu'un bien faible point de départ pour la formulation des politiques, mais aussi que la santé ne se dégrade pas soudainement, sans aucune raison apparente, après que l'individu a atteint 65 ans. Si on s'intéresse vraiment aux effets de la morbidité et de l'incapacité dans la vieillesse, on doit donc tenir compte des usages qui sont faits du corps humain et des demandes qui lui sont imposées pendant tout le cycle de vie, ainsi que des divers environnements dans lesquels les êtres humains se sont trouvés à divers moments de leur vie. En tête de ces effets se trouve, bien entendu, la division sociale du travail : « Dans l'effort collectif de la production sociale, le corps de certains travailleurs s'use avant celui des autres » (Townsend et Davidson, 1982, p. 133).

Le besoin de soins et la demande de services

Les statistiques sur l'incidence de la pathologie et de l'invalidité ne nous renseignent guère sur les besoins précis des personnes âgées en matière de soins de santé. On peut cependant se faire une idée de ces besoins en évaluant la capacité fonctionnelle des individus. Si la majorité des personnes âgées n'ont pas besoin de soins, il en est néanmoins un bon nombre qui doivent régulièrement recevoir une forme quelconque de traitement, d'aide, d'assistance ou de soins. Comme ces besoins se concentrent parmi les invalides graves, le premier volet d'une politique cohérente de services sociaux et de soins de santé pour les personnes âgées consiste à « établir l'incidence des divers degrés d'invalidité » (Townsend, 1981*b*, p. 94). Les besoins sont également très grands pour les personnes d'âge très avancé, surtout en raison de l'incidence accrue des invalidités graves dans ce groupe. Au Royaume-Uni, par exemple, la proportion des vieillards âgés de 85 ans et plus qui sont incapables de quitter leur domicile sans aide est 10 fois plus grande qu'elle ne l'est pour ceux de 65 à 69 ans. Le rapport est de 7 à 1 pour les personnes incapables de prendre un bain ou une douche ou de se laver complètement sans aide (U.K. OPCS, 1981). Il n'est donc pas surprenant que le recours aux services sociaux et aux services de santé soit concentré parmi les vieillards gravement invalides. Ces derniers sont plus susceptibles que les personnes moins âgées non seulement de recevoir des soins médicaux ou infirmiers à domicile mais aussi de faire de longs séjours dans les hôpitaux, les maisons de retraite ou les maisons de soins. D'autre part, comme le montrent Roos et coll. (tableau 3-8), le recours intensif aux services de santé est particulièrement fréquent au cours de la période qui précède immédiatement le décès. Certains indices montrent également qu'aux États-Unis et au Canada, à mesure que l'espérance de vie s'allonge, les durées d'invalidité des personnes âgées augmentent également (voir l'exposé de Manton, pp. 46-47). Or, il en résulte non pas une hausse du coût des soins intensifs par habitant, mais plutôt une intensification importante des prestations de services à mesure que s'accroît l'incapacité fonctionnelle, ainsi qu'une hausse des dépenses relatives aux soins de longue durée.

La demande de traitements et, notamment, de soins autonomes (le patient ou la patiente jouissant alors de mobilité et pouvant gérer son foyer) a augmenté avec le vieillissement de la population et continuera de croître. Au Royaume-Uni, par exemple, il y aura, chaque jour d'ici l'an 2021, 21 personnes de plus qui auront besoin d'aide pour prendre un bain ou se laver complètement. Si l'incidence des besoins se manifestait au même degré au Canada, ce qui n'est guère probable, le taux équivalent serait de 27 personnes par jour. Mais, ici encore, un certain nombre de facteurs sociaux viendront déterminer dans quelle mesure le besoin évalué de façon objective ou normative se traduira en besoin exprimé, c'est-à-dire en demande. Et c'est la résultante de ces interrelations qui déterminera la demande de services sociaux et de soins de santé, plutôt que l'état de santé des individus. Trois facteurs principaux sont ici considérés : la prestation de

soins non structurés, notamment au sein de la famille, l'isolement social et la politique en matière d'invalidité.

Les soins aux personnes âgées en milieu familial

En tête de liste viennent les soins non structurés. Bien que les personnes âgées soient les plus grands consommateurs de services sociaux et de services de santé, la majeure partie des soins qu'elles reçoivent ne leur sont pas prodigués par ces services publics, mais par des personnes – surtout des membres de la famille – qui s'occupent d'elles à titre personnel. Or, l'expression « soins familiaux » est un euphémisme pour désigner les soins dispensés par les femmes dans la famille (Land, 1978; Finch et Groves, ed., 1983; Walker, 1981*b*). Ce sont elles qui procurent la plus grande partie de l'aide matérielle, des soins infirmiers et du soutien pratique que comprend cette forme d'assistance. Que la grand-mère ou le vieil oncle souffre d'une brève maladie ou d'une longue invalidité, c'est d'abord aux femmes de la parenté qu'on confie la responsabilité première de les soigner. Outre qu'elles effectuent la majeure partie des tâches non rémunérées, elles supportent également le principal fardeau de la culpabilité et des soucis habituellement associé à l'autre volet des soins personnels, c'est-à-dire l'expression d'amour ou d'affection pour le parent malade ou invalide (Graham, 1983). Une étude très détaillée d'un petit groupe de familles britanniques soignant elles-mêmes des parents âgés gravement invalides (Nissel et Bonnerjea, 1982, p. 21) a montré que la durée moyenne des soins durant la semaine était de 3 heures 24 minutes par jour : 3 heures 11 minutes pour les femmes et 13 minutes pour les maris ! De nombreuses études effectuées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni confirment l'importance critique de la famille, et notamment des femmes, en tant que pilier des activités de soins et de soutien moral et physique (voir, par exemple, Shanas et coll., 1968; Shanas, 1979; Brody, 1981; Block, 1985; Shapiro, 1985; Qureshi et Walker, 1986).

Aussi peut-on dire que l'offre future de soins aux personnes âgées – et, par conséquent, la demande de services structurés – sera d'abord fonction de l'inclination des femmes à continuer ou non d'assumer la responsabilité première à cet égard.

Il s'exerce, bien sûr, de fortes pressions normatives, idéologiques et familiales sur les femmes, en particulier sur les filles, pour qu'elles soignent leurs parents âgés. Une étude effectuée récemment en Grande-Bretagne, dans laquelle on examine l'activité de soins du point de vue à la fois des personnes âgées et des personnes qui les soignent, confirme la force du modèle normatif qui sert de base au processus décisionnel hypothétique par lequel est déterminé le membre de la famille qui s'occupera des parents âgés (Qureshi et Walker, 1986). On peut prédire avec assez de précision le résultat de ce genre de décisions, même au sein de grandes unités familiales aux liens très serrés. L'un des facteurs qui influencent le plus cette « sélection sociale » est que les préférences se portent d'emblée sur une femme de la famille plutôt que sur l'un des hommes. Au demeurant, la majorité des femmes qui soignent un parent âgé croient elles-mêmes qu'elles sont le mieux aptes à cette tâche, qu'elles considèrent comme une responsabilité féminine. La force de ces préconceptions et pressions normatives dans la société canadienne aura un effet direct non seulement sur la demande de soins formels mais aussi sur la possibilité de développer un régime de soins dispensés de façon non structurée hors des réseaux familiaux. En d'autres termes, la préférence, exprimée *à la fois* par les personnes âgées et par leur famille, pour des membres de la famille plutôt que pour des gens de l'extérieur pourrait imposer des limites sur la participation des amis, des voisins ou de bénévoles aux soins aux personnes âgées.

L'offre de soins non structurés

Compte tenu de l'influence manifestement très forte qu'exercent les normes relatives à la répartition des rôles dans la prestation de soins aux personnes âgées – influence dont il faudrait mesurer la portée exacte au Canada –, on peut envisager plusieurs facteurs qui pourraient avoir une incidence accrue sur la disponibilité des soins familiaux à l'avenir.

À mesure que la proportion des personnes très âgées continuera de croître, on peut prévoir qu'un nombre grandissant d'entre elles survivront à plusieurs membres de leur famille. Par ailleurs, le réservoir des aides familiales se rétrécira peu à peu, car l'effet de la dénatalité des années 60 et 70 au Canada se manifestera vers la fin du siècle actuel. Au Royaume-Uni, pour une personne âgée de 75 ans et plus, le nombre de membres de la famille susceptibles d'en prendre soin diminue à un rythme régulier (Eversley, 1982). La dénatalité des années 20 et la faible natalité des années 30 ont fait que la génération maintenant âgée de 75 ans a moins d'enfants que les précédentes n'en avaient eus.

Par suite de la progression de la longévité, les personnes qui soignent leurs parents âgés atteignent elles-mêmes un âge de plus en plus avancé. Même si, en soi, cette situation n'a pas de quoi inquiéter outre mesure, il reste que ces personnes seront éventuellement moins aptes que des plus jeunes à supporter la fatigue et, par conséquent, ne pourront pas fournir à leurs parents âgés le niveau de soutien dont ils auront besoin pour rester à la maison.

La dislocation des familles qui caractérise les sociétés modernes aura sans doute, elle aussi, un certain impact

sur la disponibilité future de personnes pour s'occuper des parents âgés. On ne saurait prédire quels seront les effets du divorce et de la transformation de l'unité familiale sur l'offre de soins familiaux, mais les responsables politiques devront tôt ou tard répondre à la question posée par Parker (1981, p. 21) : Qui s'occupera des belles-grand-mères et beaux-grand-pères au XXI[e] siècle ?

Les mutations économiques pourront aussi influer sur l'offre des soins, sinon sur le nombre de personnes disponibles pour les dispenser, du fait qu'elles restreindront la marge de manœuvre et la propension des membres de la famille à aider les parents âgés. Certains croient que la croissance du chômage pourrait avoir un effet bénéfique du fait qu'elle met en disponibilité des hommes qui pourraient davantage faire leur part dans les soins familiaux. Ce raisonnement ne manque pas d'attrait à prime abord, car cette situation bénéficierait à la fois aux personnes âgées, aux femmes qui les soignent et aux hommes qui sont sans emploi. Mais cette hypothèse va à l'encontre des nombreuses études qui démontrent que le chômage produit chez ceux qui en sont les victimes des attitudes de découragement, d'aliénation et de crise psychologique (voir, par exemple, Hakim, 1982). Les données, peu nombreuses, qu'on possède quant à l'effet du chômage sur la propension à dispenser des soins indiquent que les hommes sans emploi sont *moins* susceptibles que ceux qui travaillent à s'occuper de leurs parents âgés ou à aider leur épouse dans ces activités (Qureshi et Walker, 1986).

Il est également permis de croire que si la pauvreté règne dans une famille, la propension des membres de cette dernière à prendre soin de leurs parents âgés en sera diminuée, ne serait-ce qu'à cause des soucis financiers et des angoisses psychologiques que peut engendrer le dénuement. On dispose cependant de très peu de renseignements sur les liens entre la situation financière, le niveau du revenu et la prestation de soins non structurés au sein de la famille, et c'est là une lacune qui pourrait bientôt se manifester aux responsables de la politique sociale.

L'évolution du marché du travail, et notamment la croissance du travail à temps partiel, influe sur les soins non structurés aux personnes âgées, et c'est là un autre point qui mérite considération. Certains croient que la participation accrue des femmes mariées à l'activité économique pourrait réduire leur participation aux soins aux parents âgés. Or, rien ne montre que cela se soit produit au Royaume-Uni, où plus de la moitié des femmes mariées âgées de 25 à 34 ans et les deux tiers de celles âgées de 35 à 54 ans sont économiquement actives. On y constate, au contraire, l'extraordinaire dévouement dont font preuve de nombreuses femmes mariées, qui assument souvent trois rôles distincts lorsqu'elles prennent soin de parents âgés à la maison, au prix de grandes fatigues physiques et mentales.

Le partage des responsabilités entre hommes et femmes

On est ainsi amené à ce qui constitue peut-être, à long terme, le plus important des problèmes liés à la structure des normes et des valeurs sur laquelle repose le modèle actuel de la prestation de soins non structurés aux personnes âgées, soit l'opposition croissante des femmes aux inégalités basées sur le sexe, qui soulève diverses questions quant à la répartition des tâches domestiques, y compris la prestation de ces soins. Des féministes et des femmes affectées aux soins aux personnes âgées attaquent carrément de front les questions relatives à la justice et à l'équité des formes sexistes de soins, de même que la possibilité de mettre au point des formules de soins qui n'exploiteraient pas la condition inférieure des femmes (Wilson, 1982; Finch et Groves, ed., 1983). Ces questions prendront à l'avenir une apparence plus personnelle dans nombre de familles où l'on prend soin de parents âgés. Même s'il est peu probable que l'opposition aux inégalités basées sur le sexe ait, en soi, des répercussions profondes sur la prestation de soins en famille à moyen terme, il faut néanmoins planifier pour le long terme si on veut être en mesure de faire face aux effets éventuels d'une évolution du rôle des femmes qui aurait pour résultat de contester leur désignation normative en tant que personnes affectées aux soins aux personnes âgées.

Bien que les conséquences ultimes de ces développements soient incertaines, même à long terme, la critique féministe à l'égard des soins met en lumière la question cruciale dans ce domaine : les femmes *devraient-elles* être les premières désignées pour soigner les parents âgés ? Les responsables politiques préféreront peut-être aborder cette question à partir d'une perspective différente : quelle incidence aura éventuellement le maintien de la répartition inégale des tâches entre les sexes dans le domaine des soins informels ?

Le soin de personnes invalides ou malades entraîne un certain nombre de coûts – financiers, sociaux, psychologiques et physiques (Nissel et Bonnerjea, 1982; Walker, ed., 1982*a*) – dont la majeure partie est supportée par les femmes qui, de ce fait même, seront forcées d'abandonner ces activités prématurément. Par exemple, Isaacs et coll. (1972) ont découvert que :

> Les facteurs qui ont rendu accablant le fardeau des soins prodigués à une personne âgée malade étaient, par-dessus tout, la personnalité du patient, les troubles de personnalité et de comportement causés par la maladie et, à un moindre degré, le fardeau physique

que constitue la prestation de soins infirmiers nuit et jour à une personne sans force.

Lorsqu'une personne affectée aux soins abandonnent cette occupation à plein temps, c'est habituellement parce qu'elle ne peut plus en supporter l'énorme fardeau émotif et psychologique ou parce qu'elle est tout simplement usée physiquement par d'innombrables nuits blanches, par la maladie et par l'épuisement qui la mine à force de soulever son patient, d'en prendre soin et de veiller à son bien-être. Il faudra que les autorités se préoccupent de l'effritement du système de soins familiaux, car il mène à un accroissement de la demande de services structurés, mais elles devront aussi tenir compte du fait que les personnes qui soignent des parents âgés risquent d'être poussées à bout avant que ces services ne deviennent accessibles.

L'isolement social

L'importance de la famille dans la prestation de soins est également mise en relief par le fait que les personnes qui vivent seules, sans parents à proximité, sont plus susceptibles de faire appel aux services établis. Par exemple, en Grande-Bretagne les personnes âgées de 75 ans et plus qui vivent seules sont près de trois fois plus susceptibles que celles qui vivent avec un conjoint de recevoir une aide à domicile et cinq fois plus susceptibles de recevoir des repas d'une cantine mobile (Walker, 1985, p. 13). On trouve dans les maisons de retraite un nombre disproportionné de célibataires et de personnes mariées sans enfant (Townsend, 1965, p. 171). Ainsi, le recours accru des personnes très âgées aux services sociaux et aux services de santé est attribuable, d'une part, à une incidence supérieure des maladies et des invalidités et, d'autre part, à l'absence de membres de la famille qui pourraient en prendre soin. Il faudrait étudier cette question de manière plus approfondie afin de déterminer l'importance relative de ces différents facteurs à l'égard de la demande de soins.

La prise de conscience de l'invalidité

Les mesures prises pour répondre aux besoins des personnes âgées constituent un troisième facteur déterminant de la demande de soins dispensés par des services établis. Il revient à la politique sociale de reconnaître l'ampleur du phénomène de l'invalidité et de mettre en place des mesures pour en soulager les conséquences. Au Royaume-Uni et dans la plupart des autres pays industrialisés de l'Ouest, on tend à sous-estimer ce phénomène de l'invalidité. Cette carence se manifeste de trois façons (Townsend, 1981*b*, p. 97).

La sécurité sociale et le régime fiscal ne tiennent pas pleinement compte du fait que les invalides âgés souffrent davantage de la pauvreté et des privations que les non-invalides. On ne semble pas non plus reconnaître que les invalides âgés ont besoin de revenus plus élevés et davantage de soutien des services sociaux et de santé, besoins qui découlent des coûts inhérents à la condition d'invalidité. Ces coûts peuvent être directs et facilement identifiables – médicaments, lunettes, chaises roulantes, régimes alimentaires spéciaux, livres imprimés en grosses lettres, rampes, et ainsi de suite – ou indirects et dissimulés, telle l'incapacité, par manque de mobilité, d'acheter ses aliments dans les supermarchés où les prix sont moins élevés ou la nécessité de chauffer un peu plus le logement pour soulager la souffrance ou l'inconfort. Ces besoins sont liés au niveau de revenu aussi bien qu'à l'invalidité (Boulet et Henderson, 1979, pp. 20 et 59). La formule lapidaire de Schwenger (1985, p. 23) résume très bien la situation : « Quand on est vieux, on est en bien meilleure santé si on est riche. » Enfin, il existe une tendance à répartir les invalidités en diverses catégories, ce qui détourne l'attention des besoins communs à tous les invalides et minimise la portée du problème. Du fait que la médecine est fragmentée en diverses spécialités et que les organismes bénévoles tendent à répartir leur aide de façon à répondre aux besoins des personnes qui ont le même genre d'invalidité, on se trouve à ne pas prendre en compte le fait que, pour les personnes âgées en particulier, la faiblesse physique et mentale est généralisée plus qu'elle n'est restreinte à des conditions particulières. C'est le degré de restriction – c'est-à-dire la mesure dans laquelle les invalides ne peuvent pas se livrer aux activités usuelles des personnes de leur âge – qui devient alors important. La compartimentation des spécialités et des services représente un obstacle à l'élaboration d'une politique cohérente qui réponde aux besoins véritables des personnes âgées.

Cet exposé de certains des facteurs sociaux de la demande de services structurés montre bien qu'il n'y a pas adéquation parfaite des besoins et de la demande dans le domaine des soins sociaux. Il faut, bien sûr, évaluer exactement l'impact des divers facteurs dans le contexte canadien, mais il semble bien que la propension des familles canadiennes à fournir des soins et de l'appui aux parents âgés continuera vraisemblablement à influer davantage sur la demande potentielle de services sociaux et de services de santé que ne le fera une évolution de la pathologie liée au vieillissement. Si seulement 5 % des familles refusaient d'aider les parents âgés qui ont besoin de soins médicaux ou domestiques, les services institutionnels seraient débordés. En somme, les familles seront d'autant plus enclines et aptes à soigner les parents âgés qu'elles recevront un appui des services établis. Par ailleurs, la demande de services sociaux et de santé est partiellement déterminée par leur nature, leur disponibilité et leur accessibilité – c'est-à-dire par leur aptitude à répon-

dre à certains besoins et leur incapacité d'en satisfaire d'autres. Examinons donc maintenant l'offre de services sociaux et de services de santé.

Répondre aux besoins des personnes âgées

Il ne fait aucun doute que l'incidence de l'invalidité et des maladies chroniques s'accroîtra à mesure que l'espérance de vie s'allongera et que la population vieillira. Si les responsables de la politique sociale considèrent le vieillissement démographique d'une manière positive, comme un signe de progrès social, et établissent leur planification en conséquence, l'accroissement de l'invalidité et de la morbidité leur apparaîtra comme un défi plutôt que comme une crise. Dans une grande mesure, cette attitude de l'État dépendra non pas de la conception qu'il se fait du vieillissement en tant que tel, mais plutôt des politiques économiques et sociales en vigueur et de la part de ressources nationales qu'il est prêt à consacrer au troisième âge. Fort heureusement, ces questions macro-économiques débordent le cadre de mon exposé !

Si, donc, on suppose que le Canada choisira de relever le défi du vieillissement de façon positive, de quels moyens disposera-t-il pour assurer des soins efficaces avec des ressources limitées ? En se basant sur l'expérience du Royaume-Uni et d'autres pays de l'Europe occidentale ces dernières années, on peut croire que l'élaboration de la politique en matière de soins sera de plus en plus axée sur trois grandes orientations : priorité aux soins dispensés à la maison; effort en vue d'accroître l'efficacité des services publics; et privatisation de ces derniers. J'examinerai ici chacune de ces options, tout en m'attardant cependant sur la première, car elle a fait l'objet de recherches plus approfondies, en même temps qu'elle offre le plus de possibilités de réduire les coûts des soins de santé (Woods Gordon, 1984). Kenneth Manton, Madeleine Blanchet, Donald Wigle et Carol Buck aborderont dans leurs exposés respectifs le rôle de la prévention, et particulièrement de la prévention de l'invalidité, ainsi que de la promotion de la santé – activités qui, si elles ne nécessitent pas des sommes énormes, tout au moins au début, sont néanmoins extrêmement importantes pour la qualité de la vie.

Les soins à domicile

De quelque parti politique qu'ils fussent (conservateur ou travailliste), tous les gouvernements qui se sont succédés en Grande-Bretagne depuis la Deuxième Guerre mondiale ont appuyé la politique des soins à domicile (*community care*; voir Walker, ed., 1982*a*). Ces dernières années, le recentrage idéologique sur la droite et l'antagonisme officiel envers les dépenses publiques liées aux activités de l'État-providence ont mené à la recherche de moyens d'accroître la prestation de soins à la maison. Au Canada, on poursuit depuis quelques années une politique de soins dits « communautaires », c'est-à-dire des soins et des services de soutien à domicile, mais l'infrastructure des services sociaux et de logement semble moins bien développée qu'au Royaume-Uni. D'autre part, le secteur hospitalier, et par conséquent le corps médical, exercent ici une influence beaucoup plus forte sur les *soins* sociaux qu'en Grande-Bretagne, où l'on fait une distinction plus rigide entre le *traitement* médical et les *soins* sociaux. De façon générale, si les services structurés sont institutionnalisés et médicalisés, un plus grand nombre de gens reçoivent des soins en institution et ces services tendent à être très coûteux. Environ 5 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans des hôpitaux ou d'autres institutions au Royaume-Uni, comparativement à 9,5 % au Canada. Les proportions pour les gens âgés de 85 ans et plus sont de 21 et 31 %, respectivement (Angus, 1985, p. 22; Schwenger, 1985, p. 22). Ce penchant pour les services institutionnels influe manifestement sur la demande de ressources de santé. Entre 1970 et 1982, les dépenses engagées à l'égard de toutes les institutions au Canada se sont accrues plus rapidement que l'ensemble des dépenses relatives à la santé (408 et 386 %, respectivement), les dépenses consacrées aux maisons de soins spéciaux ayant constitué le principal facteur d'accroissement (675 %).

Les attitudes face au vieillissement sont donc beaucoup plus institutionnelles au Canada qu'au Royaume-Uni. En fait, la proportion des soins hospitaliers et le taux d'hospitalisation sont plus élevés ici qu'en Grande-Bretagne, dans tout le système des soins de santé (OCDE, 1985). Ceci, à une époque où la proportion des personnes âgées au Canada est bien inférieure à ce qu'elle est au Royaume-Uni. On peut donc s'attendre à ce que l'écart s'agrandisse au fur et à mesure que la population canadienne vieillira. Le Canada consacre déjà une part beaucoup plus grande de ses ressources nationales aux soins de la santé : en 1982, les dépenses globales à ce titre représentaient 8,2 % du produit intérieur brut au Canada, contre seulement 5,9 % au Royaume-Uni. Les services sociaux et les services de santé au Canada sont principalement axés sur les services fournis par le corps médical et les institutions, mais le niveau relativement élevé de l'espérance de vie au Canada et le vieillissement rapide de sa population au cours des quatre ou cinq prochaines décennies contribueront certainement à relever les coûts considérablement. Peut-on espérer faire pencher la balance du côté des services à domicile plutôt qu'en institution ? Quels dangers faudra-t-il éviter en élaborant une stratégie de soins à domicile ?

Il importe, tout d'abord, de bien comprendre la signification et le but des soins « communautaires » et de

planifier soigneusement leur implantation. En Grande-Bretagne, la signification précise de ce concept a varié considérablement en pratique et n'a jamais été définie dans la législation (Abrams, 1978*b*; Walker, ed., 1982*a*). En fait, l'historique de la politique des soins « communautaires » offre aux décideurs et aux planificateurs un exemple probant du danger, pour paraphraser Titmuss (1981), d'employer des termes idéalistes pour décrire divers aspects de la politique publique. Le concept de soins « communautaires » recouvre tellement de valeurs positives, il est si attrayant et il est si souvent utilisé dans le discours politique, qu'on a créé l'impression qu'il représente une réalité. Or, comme nous l'avons vu, les soins « communautaires » sont, en fait, des soins dispensés dans la famille, c'est-à-dire des soins dispensés par une femme au sein de la famille. Pourtant, jusqu'à tout récemment, la politique publique continuait à parler des soins « communautaires » comme s'ils étaient effectivement dispensés au sein de la collectivité par des services établis qui permettaient ainsi aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur foyer. Ces services comprennent les aides ménagères, les repas livrés à domicile, les logements spécialisés, les soins infirmiers communautaires, les visites à domicile par des médecins ainsi que des aides personnelles et des équipements spéciaux pour s'adapter au logement. Dans la pratique, cet objectif n'a jamais été complètement atteint, d'une part parce qu'il n'a pas fait l'objet d'une planification concertée, et d'autre part parce qu'on n'a jamais affecté assez de ressources à sa réalisation. Au Royaume-Uni, par exemple, toutes les autorités locales fournissent des installations et dispositifs de soins à domicile, mais ces services varient énormément quant à leur portée et à leur intensité; en outre, il existe un fossé entre les services dispensés et les définitions officielles qu'on en donne (ainsi, l'objectif officiel du nombre d'aides ménagères au milieu des années 70 était de 12 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, alors que le taux actuel n'est encore que de 6 pour 1 000) et cet écart ne cesse de s'accroître; enfin, les soins en institution continuent à dominer à la fois les budgets nationaux de santé et ceux des services sociaux qui relèvent des autorités locales (Walker, 1985). On ne pourra supprimer ni éviter ces carences à moins que les autorités politiques ne s'engagent fermement à promouvoir les services de soins à domicile.

Il découle de ceci, en deuxième lieu, que ce sont les intérêts professionnels ou politiques qui établiront les limites des soins à domicile. Roos et coll. (voir leur exposé plus bas) démontrent, par exemple, qu'une modification de la propension des médecins à hospitaliser les personnes âgées influe davantage que les facteurs démographiques. Il existe de puissants intérêts bureaucratiques au sein des professions médicales et infirmières dans les services sociaux et les services de santé, ainsi que des intérêts commerciaux dans le secteur privé, qui tendent à favoriser les solutions institutionnelles pour répondre aux besoins des personnes âgées. Pourtant, comme nous l'avons vu, en longue période les principaux besoins de la majorité d'entre elles ne sont ni médicaux ni institutionnels. Du reste, même si l'intérêt qu'on porte à l'heure actuelle aux soins à domicile est issu principalement de considérations financières, la politique axée sur ces soins doit son origine à une réaction face aux critiques visant l'effet négatif qu'avaient les soins institutionnels sur les personnes âgées (Townsend, 1962). On dispose d'un bon nombre d'études démontrant qu'une part importante des patients dans les hôpitaux et les maisons de soins sont physiquement et mentalement capables de vivre de manière plus autonome à la maison s'ils bénéficient d'un soutien adéquat. Ces travaux indiquent aussi que, très souvent, l'entrée en institution est causée par des facteurs sociaux, tel le manque d'autres formules de soins ou de logement approprié, plutôt que par une incapacité physique ou mentale (voir Townsend, 1981*b*, pour un résumé de ces travaux). Certains indices montrent également que la dépendance des personnes âgées envers autrui tend à s'accroître lorsqu'elles sont admises à une institution (Walker, 1982). Nonobstant les critiques formulées à l'égard des soins institutionnels, les études effectuées en Grande-Bretagne montrent que les personnes âgées et leurs familles restent extrêmement réticents à envisager l'institutionnalisation, qu'elles ne considèrent que comme une solution de dernier ressort (Qureshi et Walker, 1986). Il est donc permis de croire qu'il peut y avoir, à l'égard de l'organisation des soins, un conflit d'intérêts entre certains éléments des services sociaux et des services de santé, d'une part, et les personnes âgées et leurs familles, d'autre part. On peut aussi supposer qu'une politique de soins à domicile n'a de chances de réussir que si on y tient pleinement compte des besoins des personnes âgées et de leurs familles.

Troisièmement, il importe de reconnaître les limites de la capacité des familles et des autres aides privées à répondre aux besoins croissants des personnes âgées en matière de soins. On peut dire que le potentiel des familles est déjà pleinement utilisé et qu'il n'existe aucun bassin important de réserves non exploitées de ce côté. (Les hommes, qui ne sont pas normativement affectés aux soins aux parents âgés, constituent, bien sûr, l'exception à cette règle – et elle est de taille. Elle ne devrait pas intéresser seulement les chercheurs mais aussi les responsables politiques.) Il ne reste donc plus que les ami(e)s et les voisin(e)s pour prodiguer des soins non structurés supplémentaires, mais ce réservoir comporte des contraintes importantes. D'une part, en effet, amis et voisins sont beaucoup moins susceptibles que les membres de la famille à s'occuper des soins personnels et

des tâches ménagères, se limitant plutôt à des travaux d'extérieur, comme le jardinage et les emplettes (Tinker, 1984, pp. 71-73). D'autre part, amis et voisins sont moins prêts ou capables que les parents ou parentes d'accomplir les tâches les plus difficiles (Seyd et coll., 1984, p. 90) ou de s'engager à prodiguer des soins de longue durée (Wenger, 1984, p. 185). On peut en inférer qu'on ne saurait espérer qu'ils se substituent totalement aux aides soignantes professionnelles ou familiales.

Pour des raisons analogues – c'est-à-dire la nécessité d'une assistance digne de confiance, sûre et durable –, on devrait aussi se pencher attentivement sur les possibilités qu'offre le secteur quasi structuré des bénévoles organisés. Au Royaume-Uni, on a assisté à des expériences de coopération entre les services structurés et les bénévoles, expériences qui permettent de croire qu'on pourrait avec profit faire davantage appel à l'aide de bénévoles dans un rôle de soutien (Johnson et Challis, 1983, p. 111). En travaillant conjointement avec les services de soins, les bénévoles peuvent contribuer de façon modeste à combler l'écart entre les besoins des personnes âgées et les soins qui leur sont dispensés (Power et Kelly, 1981). Il importe de souligner que le recours aux bénévoles ne peut pas remplacer les services structurés; ces derniers sont nécessaires pour maximiser l'apport de l'aide bénévole. Comme le signale Hatch (1980, p. 148) :

> Le bénévolat ne peut se substituer aux soins structurés que dans certaines circonstances particulières, qu'il s'agisse d'une variété de services ou d'effectuer du travail présentement accompli par des services établis. Les organismes bénévoles ne viennent donc pas saper le rôle de l'État, en ce sens qu'ils ne le supplantent pas ou n'agissent pas de façon à doubler son action.

Au demeurant, politiciens et fonctionnaires, à la recherche de solutions au problème de la hausse ininterrompue du coût des services de soins, risquent d'idéaliser le bénévolat et d'en attendre trop. Cette tendance correspond à ce que Whittaker et Garbarino, ed. (1983) appellent une « naïveté idéologique », qui amène certains politiciens à envisager, au-delà des possibilités de partage des soins entre les services établis et le bénévolat, l'idéal d'une prestation totalement hors du secteur organisé. C'est dans cette veine que la dernière grande déclaration publique du gouvernement britannique sur les soins aux personnes âgées affirmait que « les soins *dans* la communauté doivent de plus en plus signifier les soins *par* la communauté » (U.K. Department of Health and Social Services, 1981, p. 3). Cette idéologie découle, d'une part, du désir de réduire les services sociaux et les services de santé publics et, d'autre part, de la conviction très répandue que l'État a déjà usurpé les responsabilités de la famille. C'est ainsi que certains politiciens évoquent un « âge d'or » mythique où régnait la famille, avant l'avènement de l'État-providence. Des études historiques (Laslett, 1971; Anderson, 1971) ont irrévocablement détruit ce mythe, mais l'idéologie s'agrippe à ce que la recherche a réfuté.

Il faut donc faire preuve de prudence avant d'appuyer sans réserve la simple hypothèse que les réseaux d'aide « naturels » sont forcément la *meilleure* source de soins. En fait, cette appellation de « réseaux naturels » (Collins et Pancoast, 1976) est trompeuse car elle masque des relations, des dépendances et des responsabilités qui ont un fondement *social*, comme dans le cas du partage des soins selon le sexe. Si nous persistons à les considérer comme naturels et même à les mythifier comme tels, il est peu probable que nous soyons enclins à trouver d'autres formules de soins et d'autres formes de partage des responsabilités. Le terme « réseaux » peut également prêter à confusion; bon nombre de ces réseaux sont très petits, étant parfois constitués par une seule personne (Stoller et Earl, 1983), qui peut ainsi avoir à supporter un fardeau intolérable. Du reste, il peut arriver que le seul membre de la famille capable de donner des soins soit la dernière personne à qui on devrait confier cette tâche; par exemple, si une mère âgée et sa fille sont brouillées depuis plusieurs années ou si elles sont à couteaux tirés dès qu'elles sont en contact intime durant une période prolongée (Qureshi et Walker, 1986). Les tensions émotives peuvent se développer au sein des familles aussi bien qu'à l'extérieur. Par ailleurs, les réseaux de soutien non structurés ne sont pas forcément basés sur la proximité géographique mais sur les liens de parenté, de religion et de race (Abrams, 1978*b*, p. 86). Si on suppose le contraire, on court le risque d'imposer aux personnes âgées la présence de personnes qu'elles auraient de la difficulté à accepter. Dans ces circonstances, la qualité des soins prodigués risque de ne pas être très élevée.

Ensuite, il y a le risque que les politiciens adoptent avec enthousiasme la solution des soins non structurés parce qu'elle est, avant tout, un moyen de réduire le coût de soins de santé. L'élaboration de la politique en matière de services sociaux et de santé est constamment marquée par des conflits entre la rentabilité et la qualité des soins. Souvent, les comparaisons de coûts entre les soins institutionnels et les soins à domicile favorisent ces derniers parce que ces comparaisons sont si peu adéquates (Wright, 1982). La distinction entre les rôles des soins structurés et non structurés n'est pas très nette; au contraire, les deux sont interdépendants, et il faut des services sociaux pour appuyer les efforts des familles. C'est ainsi que les services établis peuvent jouer un rôle important dans la prévention du stress physique et émotif, afin que les membres de la famille soient mieux en mesure d'aider au foyer les vieillards frappés d'un handicap

mental. C'est donc dire qu'une politique visant à encourager la prestation de soins à domicile qui ne s'accompagnerait pas de services de soutien aura peu de chances de promouvoir des soins efficaces et qu'elle imposera un fardeau encore plus lourd aux membres de la famille (et pourrait ainsi mener à des dépressions nerveuses).

Cela nous amène, enfin, à la nécessité de reconnaître que, dans les politiques de soins « communautaires », ce sont d'abord les femmes qui font les frais des soins non structurés. La qualité de la vie, non seulement des personnes âgées, mais aussi des personnes qui les soignent, doit être au centre des préoccupations des responsables politiques. Même si, à l'heure actuelle, ces derniers se plaisent à dire qu'il faut « prendre soin de ceux qui soignent », ils cèdent trop facilement à la tentation de s'en remettre, au moins à court terme, aux femmes pour répondre aux besoins de leurs parents âgés de façon extrêmement efficace jusqu'à ce qu'elles ne soient plus capables de le faire. (À moyenne et à longue échéances, les pressions décrites ci-dessus en viendront à influer davantage sur la prestation des soins.) Cette solution n'en reste pas moins myopique, puisqu'une dislocation des soins en famille mènera presque inévitablement à leur institutionnalisation. Il importe donc d'élaborer des réseaux de soins non structurés qui n'exploitent pas le sens du devoir que ressentent les familles, et surtout les femmes, à l'égard de leurs parents âgés et qui ne leur imposent pas de coûts financiers, physiques, sociaux ou psychologiques.

Le développement d'une base pour les soins à domicile

On pourrait combiner ces sept points, tirés de l'expérience en planification des soins sociaux au Royaume-Uni au cours des 30 dernières années, pour élaborer une stratégie de traitement et de soins aux personnes âgées qui serait davantage axée sur les prestations à domicile. Quelles modifications s'imposent pour créer les conditions propres à la mise en place d'une telle approche ?

En premier lieu, il faut que se développe un cadre économique et social qui puisse faciliter l'instauration des soins à domicile. Les réseaux de soutien familial sont relativement impuissants face aux privations financières et à la pauvreté. Or, les risques accrus de pauvreté au Canada au cours des dernières années, au sein des familles biparentales aussi bien que monoparentales, n'aideront pas la cause des soins à domicile. Par ailleurs, même si le taux de pauvreté des personnes âgées baisse en longue période, un Canadien âgé sur quatre vit encore au-dessous du seuil de pauvreté, ce qui démontre qu'il s'agit là d'un problème persistant au Canada, comme dans toutes les sociétés industrielles occidentales (Conseil national du bien-être social, 1985, pp. 23 et 28). Les indigents âgés ont davantage besoin de services de soutien et de soins de santé que les personnes plus aisées. On peut ici tracer un parallèle avec les interdépendances des politiques économiques et sociales, qui entraînent le chômage et l'insécurité économique et peuvent militer contre la création de relations de soins. Pour reprendre le mot de Garbarino (1983, p. 26) : « la privation financière [...] met les relations en péril ». Il est peu probable que le milieu social puisse dispenser davantage de soins s'il n'est pas soutenu par des politiques économiques et sociales appropriées (Walker, ed., 1982*a*).

Il faut aussi modifier l'organisation et le fonctionnement des services établis. Afin de surmonter la dichotomie rigide qui sépare ces services des soins en famille, on pourrait songer davantage à une formule de « réseaux de soutien social » que de réseaux de soutien non structurés (Whittaker et Garbarino, ed., 1983). Les réseaux de soutien social ne sont pas forcément « naturels » et peuvent être créés pour répondre à un besoin précis. Ils peuvent comprendre des soins structurés et non structurés à la fois, ainsi que du personnel professionnel et non professionnel des services sociaux et des services de santé. Ce qui importe, c'est que les soins soient envisagés sous la forme d'une association entre des personnes qui possèdent des compétences différentes et non pas comme un domaine où règnent des experts, qu'ils appartiennent ou non au corps médical. Dans l'élaboration des politiques, il faut donc composer avec les apports des services établis et des soins en famille, afin de maximiser la qualité des soins et les options accessibles aux personnes qui les dispensent et à celles qui les reçoivent.

Depuis quelques années, plusieurs innovations importantes ont vu le jour dans le domaine des soins à domicile. Ces innovations sortent du cadre des catégories habituelles, car elles cherchent à relier les services établis et les soins non structurés. Au Royaume-Uni, le programme du comté de Kent et le projet de Dinnington Patch méritent d'être cités en exemple à cet égard. Dans ces deux cas, on a tenté de mettre en valeur les soins et l'appui que peuvent fournir parents, amis et voisins (voir Bayley, 1982, pp. 186-187). Le programme du comté de Kent comprend des budgets spécifiques qui permettent aux travailleurs sociaux de rétribuer les personnes auxquelles sont confiés les soins aux personnes âgées. Une démarche analogue a été tentée en Nouvelle-Écosse pour structurer ces arrangements informels; on verse 4 800 $ par an aux membres des familles des personnes âgées qui, autrement, seraient placées en institution (Schwenger, 1985, p. 23). Il est essentiel qu'on examine attentivement ces expériences et tout autre projet similaire au Canada.

L'évaluation de divers programmes de ce genre en Grande-Bretagne a démontré qu'il est possible de soigner, dans leur propre foyer ou dans des logements protégés ou très protégés, des personnes âgées qui, autrement, seraient entrées dans une institution – et cela sans frais supplémentaires pour l'État. Ces programmes comprennent notamment la visite de gardiens ou gardiennes, des services d'alerte par radio ou de téléphone d'urgence et des systèmes personnels d'alerte, ainsi que la participation des voisins, d'aides du voisinage et d'aides aux soins à domicile. Les données disponibles montrent qu'on peut organiser des réseaux de soutien formés d'aides bénévoles ou quasi institutionnelles, ce qui permet de différer le moment de l'hospitalisation ou du placement dans une maison de retraite ou de soins. Par ailleurs, de nombreuses études indiquent qu'on peut fournir des soins à domicile plutôt qu'en institution à un coût bien moindre pour les services sociaux et les services de santé. Le tableau 3-2 donne une comparaison des coûts des différentes formes de services. Même s'il faut accorder quelques réserves à ce genre de comparaisons, le tableau donne une idée des économies que peuvent engendrer les soins à domicile. Les données pour le Canada montrent qu'on peut offrir aux personnes âgées une gamme de services à domicile, à un coût « relativement contrôlable » équivalant à environ 10 % du budget des maisons de soins (Kane et Kane, 1985*b*, p. 1362) et qu'en même temps, on peut envisager la possibilité de ralentir la croissance de ces institutions. C'est pourquoi on estime qu'une diminution des placements en institution des personnes âgées offre les meilleures possibilités de réduire les coûts des soins de santé (Woods Gordon, 1984).

Si les résultats des divers projets pilotes autorisent l'optimisme quant aux possibilités de réaliser l'intersection des services structurés et des réseaux de soins bénévoles, les indices d'une évolution des rôles traditionnels *à l'intérieur* soit des familles soit des services sociaux et de santé sont assez rares. C'est là l'une des grandes difficultés que devra surmonter la planification des soins à domicile. Certains signes autorisent toutefois un peu d'espoir quant aux services sociaux. Au Canada, par exemple, on se sert des institutions pour donner aux personnes âgées des services à domicile, tandis qu'au Royaume-Uni des unités de soutien au troisième âge (*elderly persons support units* ou EPSU) ont été créées à Sheffield. Les EPSU visent à *remplacer* à la fois les services et le personnel des soins en résidence et les soins journaliers et domiciliaires traditionnels offerts dans le cadre des services « communautaires » (dispensés 24 heures sur 24 par des travailleurs de soutien polyvalents à l'échelle locale) dans le but d'aider les personnes âgées à rester autonomes dans leur propre foyer (MacDonald et al., 1984). Par ailleurs, on se sert de plus en plus des maisons de retraite pour des séjours temporaires.

Tableau 3-2

Coût en dépenses publiques de la prestation de divers services pour les personnes âgées très dépendantes, Royaume-Uni, 1981-1982[1]

£ par personne par an

	Coût
Service :	
Hôpital	
Soins intensifs	20 036
Gériatrie	14 531
Longs séjours	15 064
Maison de retraite	5 670
Logement protégé	
Administration locale	2 636
Association de logement	2 667
Service innovateur, au foyer, avec services médicaux et domiciliaires	
Alerte radiophonique individuelle	2 157
Alerte personnelle	2 988
Visite de gardiens/gardiennes	1 776
Participation des voisins	1 639
Aides du voisinage	1 918
Bénévoles pour soins à domicile	4 306
Aides ménagères	2 412

1 Ne comprend pas les transferts, mais comprend les coûts du capital, du revenu et du logement, plus les coûts des services médicaux et domiciliaires et les services innovateurs.

SOURCE Tinker (1984), pp. 110-111.

Pour que les services structurés puissent mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des réseaux de soutien bénévoles, il faudra procéder à une redistribution des ressources au sein des services sociaux et des services de santé, ainsi qu'entre le secteur établi et le secteur non structuré. Un modèle d'organisation axé sur les ressources locales devrait inclure la participation des résidants locaux aux décisions et leur accès aux ressources financières.

Pour que se développe une relation de coopération entre le secteur structuré et le bénévolat, il faut également qu'évoluent les valeurs et les attitudes professionnelles au sein du secteur structuré. Cela ne signifie *pas* qu'il y a une opposition entre la politique visant à promouvoir les réseaux de soutien social et les valeurs professionnelles au sein des services sociaux et des services de santé (Whittaker et Garbarino, ed., 1983, p. 61). Il s'agit de mettre l'accent sur l'imputabilité des professionnels plutôt que de « déprofessionnaliser » le secteur des soins. Pour diverses raisons, et notamment l'influence du corps médical, ce changement s'effectuera probablement plus

facilement dans les services sociaux que dans les services de santé. C'est pourquoi il sera sans doute préférable, tout au moins dans un premier temps, de développer les programmes de soins à domicile dans le cadre de la politique sociale plutôt que de la politique de santé (Kane et Kane, 1985*b*, p. 1363).

Il importe d'amener les autorités politiques et les services institutionnels à abandonner la conception des besoins dans une perspective pathologique de court terme en faveur de l'adoption d'une stratégie de prévention à long terme. Le rôle des politiques relatives aux services sociaux et aux services de santé ne devrait pas se restreindre à la gestion du stress. Au lieu de se concentrer sur des stratégies réactives, ces politiques devraient être axées sur la prévention des causes de l'aliénation sociale et de la détresse. On devrait orienter les recherches vers l'évaluation des initiatives visant à élaborer ce genre de stratégie préventive. Il est plus difficile pour les praticiens de justifier les dépenses relatives à une action préventive qu'à une réaction thérapeutique lorsqu'un problème se manifeste, et il faudra également, pour surmonter cet obstacle, étudier l'incidence financière des actions préventives. Dans le cadre de cette stratégie préventive, il faudra peut-être admettre qu'une hausse provisoire des coûts s'imposera pour réaliser des économies à moyen ou à long terme.

Enfin, il faudra une évolution majeure des attitudes pour vaincre l'habitude de la désignation normative des femmes comme aides et pour éviter le piège que représentent l'obligation morale qu'on leur impose, ainsi que l'absence de soutien social pour les remplacer dans ces tâches. En l'absence de politiques destinées à faire disparaître les inégalités entre les sexes dans l'ensemble de la société, on pourrait tout au moins adopter une politique qui éviterait d'imposer aux femmes une obligation plus grande qu'aux hommes à l'égard de la prestation des soins aux personnes âgées. On pourrait faire un premier pas dans cette direction en prenant des mesures pour assurer que la présence de femmes dans une famille ne serve pas de prétexte à l'absence de recours aux soins structurés.

Efficacité économique et privatisation

Bien qu'un programme qui joindrait la désinstitutionnalisation aux soins à domicile offrirait sans doute les meilleures possibilités de répondre aux besoins des personnes âgées et, en même temps, de réduire le coût des soins de santé, j'aborde ici brièvement deux autres options possibles : accroître l'efficacité économique du système actuel et privatiser les institutions et services (Woods Gordon, 1984). Le gouvernement britannique actuel, désireux de comprimer le secteur public et de promouvoir les soins privés, n'a pas manqué d'insister sur ces deux avenues.

Il existe sans doute une marge de manœuvre pour accroître l'efficacité économique de la prestation des services sociaux et des services de santé, mais on aurait tort d'en attendre des économies considérables ou de sous-estimer les difficultés qu'entraînerait la poursuite d'un tel objectif. En Grande-Bretagne, une étude des services sociaux destinés aux personnes âgées, effectuée récemment par la Direction de la vérification (U.K. Audit Inspectorate, 1983), permet de croire qu'on pourrait réaliser des économies en améliorant, par exemple, l'allocation prioritaire des lits d'hôpital, le fonctionnement des services à domicile et la coordination entre les services de soins dans les maisons de retraite et les services à domicile. Aux États-Unis, le régime Medicare a permis, dans certains cas, de contrôler le coût des soins intensifs dans les hôpitaux (voir l'exposé de Manton, p. 53); au Canada, l'Ontario a déjà une expérience considérable du contrôle des coûts d'hospitalisation (Angus, 1985, p. 8). Le professeur Manton traite, dans son exposé, de la possibilité d'accroître l'efficacité économique du système des soins de santé au Canada; avant de laisser cette question, je me permets néanmoins de souligner de nouveau qu'il peut y avoir une opposition, un conflit, entre la recherche de la rentabilité et celle de l'efficacité des soins. Bon nombre d'études se sont penchées sur la rentabilité des services, mais peu d'entre elles mesurent la qualité des soins fournis.

Pour ce qui est de la privatisation, elle représente un moyen relativement simple d'abaisser les coûts des services sociaux et des services de santé, en transférant ces coûts au secteur privé. Au Royaume-Uni, le nombre de maisons de retraite et de maisons de soins privées s'est accru considérablement ces dernières années, sous l'impulsion des subventions que représentent les transferts au titre de la sécurité sociale, et on a assisté à la privatisation graduelle des services auxiliaires des hôpitaux – comme le nettoyage, la buanderie et les services d'alimentation. Rien ne permet de croire que ces transformations aient produit des économies importantes dans les dépenses des services sociaux et des services de santé. Par ailleurs, lorsqu'on la considère du point de vue de l'utilisation globale des ressources nationales, la privatisation des maisons de retraite et des maisons de soins a le grand inconvénient d'accroître la proportion de personnes âgées qui reçoivent des soins en institution et, par conséquent, la proportion du revenu national consacrée aux soins sociaux. On peut vraisemblablement attribuer à la présence d'un vaste secteur privé au Canada le fait que la proportion du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé dans ce pays est supérieure à celle

du Royaume-Uni, soit de 6,2 % contre 5,5 % (OCDE, 1985, p. 12).

Conclusion

Comme dans les autres pays industrialisés, le Canada est en train de se constituer une structure démographique plus équilibrée. Quelles que soient les économies de ressources que puisse amener l'évolution de la politique sociale, cette transformation signifie que le Canada doit se résigner à consacrer une proportion croissante des crédits affectés aux services sociaux et aux services de santé à répondre aux besoins des personnes âgées. Ce sont les soins de longue durée qui se ressentiront le plus des effets de l'accroissement de la demande sur les ressources de santé et du système de santé, causé par le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie. En mettant en place une politique de soins à domicile non institutionnels, on pourra envisager de réduire graduellement la proportion des personnes âgées reléguées dans les institutions, et de réduire ainsi les demandes sur les ressources du secteur de la santé. Une telle politique ne recueillera pas l'unanimité, notamment parmi ceux qui ont intérêt à maintenir des services institutionnels. Mais la plupart des personnes âgées et des personnes qui les soignent favorisent le principe des soins à domicile, précisément parce qu'il ne fait pas appel à des institutions, qu'il a des assises locales et qu'il tend à axer les services sur leurs besoins personnels plutôt qu'à les intégrer dans un cadre prédéterminé. Cette politique non seulement aurait l'avantage de répondre de façon plus efficace aux besoins des personnes âgées, mais elle aiderait également à réduire le coût des soins. Elle représente donc une option attrayante pour les personnes du troisième âge, les personnes qui les soignent à la maison et les politiciens. La principale leçon qu'on peut tirer des tentatives effectuées depuis 30 ans en Grande-Bretagne pour mettre en œuvre une telle stratégie, c'est qu'il ne faut pas sous-estimer le pouvoir des éléments qui s'opposent à une politique aussi attrayante ni surestimer les capacités de la famille à prodiguer des soins.

Kenneth G. Manton

Les chercheurs qui tentent de prévoir la demande future pour divers types de soins intensifs et de longue durée doivent tenir compte du fait que nous traversons présentement une période unique dans l'histoire, alors que les progrès accomplis dans les techniques médicales nous permettent de lutter efficacement contre les effets des maladies chroniques à des âges plus avancés. Récemment encore, on supposait que l'amélioration de l'espérance de vie découlerait principalement du fléchissement de la mortalité infantile et du taux de décès parmi les personnes peu âgées (Omran, 1971), que la mortalité à des âges très avancés était inaltérable à cause de la sénescence biologique et que la durée de vie était fixe (Fries, 1980).

Ces vues ne sont pas corroborées par les données les plus récentes. Ainsi, une régression de la mortalité chez les personnes âgées a été enregistrée dans certains pays industrialisés, notamment au Canada, aux États-Unis et au Japon (Manton, 1984). Au Japon, l'espérance de vie des femmes a atteint 80,2 ans (OMS, 1984*a*). Dans la préfecture japonaise d'Okinawa, l'espérance de vie des femmes était de 81,7 ans en 1980 (Kuroda, 1984) alors que dans l'État d'Hawaï, celle des femmes autochtones se situait en moyenne à 80,7 ans entre 1979 et 1981 (National Center for Health Statistics, 1985). L'espérance de vie des hommes au Japon s'établit à 74,5 ans (OMS, 1984*a*), ce qui est supérieur à plusieurs des projections quant à l'espérance « ultime » de vie humaine (voir, par exemple, Bourgeois-Pichat, 1952 et 1978; Siegel, 1980). Les niveaux d'espérance de vie enregistrés au cours des dernières années se rapprochent même de la fourchette maximale de 82,4 à 85,6 ans proposée par Fries (1980).

Une constatation peut-être plus significative encore est qu'il semble y avoir de grandes possibilités pour améliorer davantage l'espérance de vie. Ainsi, il existe des différences importantes entre les États-Unis et le Japon quant à la fréquence relative des causes de décès, ce qui permet de penser qu'il serait possible de réduire davantage les risques de mortalité associés à certaines maladies au Japon (Manton, 1984). Aux États-Unis, où les femmes blanches d'âge avancé ont la plus longue espérance de vie, on n'observe pas de rectangularisation de la courbe de survie, comme on pourrait s'y attendre si l'espérance de vie de la population américaine se rapprochait d'une limite supérieure. Plus précisément, la variance des âges au décès devrait diminuer à mesure que croît l'espérance de vie s'il était vrai que la population approchait de la limite « biologique » supérieure de la durée de vie. D'après les données sur la mortalité au sein de la population américaine durant la période de 1962 à 1979, la variance des âges au décès des personnes ayant atteint un âge avancé ne semble guère aller en diminuant (Myers et Manton, 1984*a* et 1984*b*). De fait, certaines données indiquent que la variance des âges au décès aurait augmenté, ce qui laisse supposer que la probabilité de survie augmenterait plus rapidement chez les personnes ayant un âge très avancé que parmi les personnes âgées en général. Cette tendance a été observée au cours d'une période où la cueillette des statistiques sur l'âge devait gagner en qualité et en précision, ce qui laisse ouverte la possibilité d'une sous-estimation de la variance par suite d'une diminution du nombre de cas où l'âge déclaré était supérieur à la réalité.

La signification de ces données et d'autres renseignements étudiés est double. En premier lieu, nous ne pouvons nous permettre de supposer que l'amélioration de l'espérance de vie à un âge avancé est assujettie à une contrainte biologique et que ce phénomène aura pour effet de restreindre la croissance de la demande pour les services de santé. À mesure que s'améliorera l'espérance de vie des gens âgés, il y aura accroissement du nombre d'années-personnes dans ce groupe d'âge, ce qui se traduira par une forte demande de soins intensifs et de longue durée. En second lieu, il nous faudra élaborer de nouveaux modèles et de nouveaux concepts relatifs à la santé de la population afin de mieux comprendre les répercussions de l'amélioration de l'espérance de vie parmi les personnes d'âge avancé, du point de vue de l'état de santé et des capacités fonctionnelles et, partant, de la demande de services de santé (Manton, 1982).

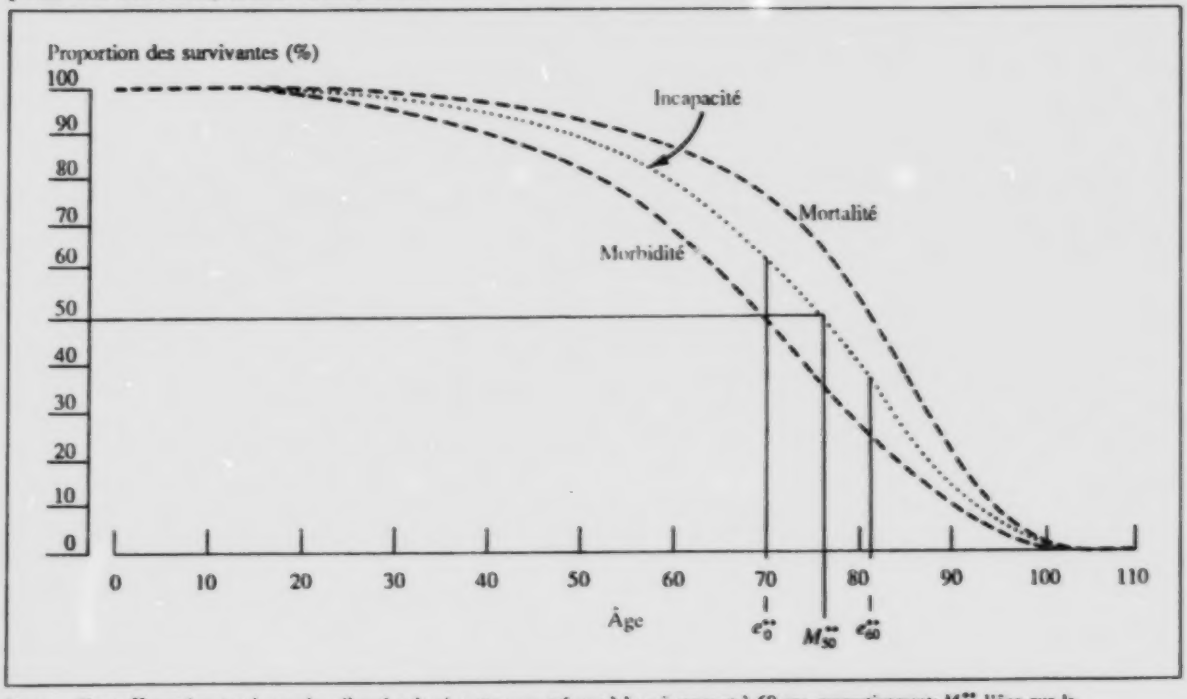
L'évolution de l'état de santé chez les personnes âgées

Une publication récente de l'Organisation mondiale de la santé (1984*b*) sur les aspects épidémiologiques du vieillissement se révèle particulièrement utile à notre propos. Dans cette publication, la relation entre la morbidité, l'incapacité et la mortalité est représentée au moyen de trois courbes de survie, que nous avons reproduites au graphique 3-1.

La courbe de « mortalité », dans la partie supérieure du graphique, est une courbe de survie normale qui représente la proportion de survivants d'une cohorte de naissances qui devraient atteindre l'âge x, compte tenu des taux de mortalité qui prévalent pour la période en question. Les deux autres courbes de survie expriment la probabilité de vivre jusqu'à un âge donné sans incapacité (courbe désignée « incapacité ») et sans maladie (courbe désignée « morbidité »). L'hypothèse sous-jacente est qu'une morbidité significative précède l'incapacité. Des courbes semblables ont servi à analyser le rapport entre l'incapacité et l'amélioration de l'espérance de vie au Canada (Wilkins et Adams, 1983*a*), au Japon (Koizumi, 1982, pp. 6-1 à 6-19) et aux États-Unis (Sanders, 1964). L'ensemble de trois courbes sert essentiellement à illustrer l'évolution de la morbidité et de l'incapacité

Graphique 3-1

Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité et d'incapacité pour les femmes, États-Unis, 1980



NOTE $e_0^{\bullet\bullet}$ et $e_{60}^{\bullet\bullet}$ représentent le nombre d'années de vie autonome prévues à la naissance et à 60 ans, respectivement; $M_{50}^{\bullet\bullet}$, l'âge que la moitié des femmes peuvent s'attendre à atteindre sans perte d'autonomie.

SOURCE Organisation mondiale de la santé (1984*b*), p. 29.

selon l'âge découlant de l'amélioration de l'espérance de vie (c'est-à-dire, un déplacement vers la droite de la courbe supérieure sur le graphique).

Puisque les données semblent révéler une amélioration de l'espérance de vie à des âges avancés et que la courbe de survie continue de se déplacer vers la droite, il importe de comprendre comment les courbes de morbidité et d'incapacité se déplacent *par rapport* à la courbe de survie. Le déplacement de chaque courbe par rapport aux deux autres nous renseignera sur l'évolution de la demande de soins intensifs et de soins de longue durée attribuable à l'amélioration de l'espérance de vie. Plus précisément, l'espace entre les courbes représente le nombre d'années-personnes correspondant à un état de santé donné. Si le maintien d'une personne dans un état de santé donné nécessite le recours à différentes ressources médicales, la demande totale de services que suppose un certain rapport entre les courbes correspondra au produit du niveau de ressources requis et du nombre d'années-personnes prévu (au sein de la population) dans l'état de santé en question.

Les données disponibles permettent d'éliminer sans hésitation l'hypothèse voulant que la courbe de survie soit fixe en raison des contraintes biologiques qui s'exercent sur l'espérance de vie et que les courbes de morbidité et d'incapacité puissent être déplacées vers la droite jusqu'à ce qu'elles coïncident avec la courbe de survie, ce qui permettrait de réduire considérablement la demande de services de santé. Les données semblent indiquer à la fois une amélioration de l'espérance de vie dans les tranches d'âge supérieures et une faible diminution de la période de temps vécue dans la phase terminale d'une maladie. Par exemple, Wilkins et Adams (1983*a*, p. 107) ont constaté que, entre 1951 et 1978, l'espérance de vie au Canada avait augmenté de six ans mais que 4,7 de ces années étaient marquées par une réduction de l'activité. Ces résultats donnent à penser qu'il y a une augmentation importante du nombre d'années vécues dans un état d'incapacité. Riley et coll. (1985) ont constaté qu'aux États-Unis, la proportion des déboursés totaux du régime d'assurance-maladie qui survient au cours de la dernière année de vie était tombée de 21,6 à 20,5 % entre 1967 et 1982. Cette période a été marquée par une amélioration importante de l'espérance de vie à la fois chez les hommes et les femmes de plus de 65 ans. On en a conclu que les soins intensifs dispensés au cours de la dernière année de vie ne représentaient pas une part disproportionnée des dépenses totales du régime d'assurance-maladie, mais qu'il y avait accroissement à peu près équivalent de la demande pour les diverses catégories de soins de santé de la part des personnes âgées. Sur une base individuelle, il n'y a pas eu non plus de hausse remarquable des dépenses du régime d'assurance-maladie au cours de la dernière année de vie, bien que le pourcentage de bénéficiaires décédés au cours d'une année soit tombé de 5,4 % en 1967 à 4,8 % en 1982. En réalité, les dépenses engagées en moyenne pour chaque survivant ont augmenté plus rapidement que les sommes versées pour les personnes décédées entre 1967 et 1975 – soit de 160 % contre 154 % (Riley et coll., 1985). Entre 1979 et 1982, l'accroissement des dépenses au titre de l'assurance-maladie pour chaque personne décédée (61 %) et chaque survivant (59 %) a été comparable. Ces observations ainsi que les données de Wilkins et Adams et celles de Koizumi laissent penser que le nombre d'années marquées par une incapacité ou une activité réduite aurait augmenté de pair avec l'amélioration de l'espérance de vie, ce qui aurait influé sur la demande de soins de santé de longue durée – sans toutefois que l'amélioration de l'espérance de vie n'ait eu une incidence notable sur le niveau des dépenses par tête pour les soins intensifs.

Dans une perspective purement démographique, Manton (1986*a* et 1986*b*) a constaté un relèvement de l'âge moyen au décès, et ce pour toutes les maladies chroniques importantes aux États-Unis, y compris le cancer qui est devenu une cause plus fréquente de mortalité. Il semble donc que les effets de ces maladies aient été retardés dans l'ensemble, qu'aucune maladie ne soit devenue prédominante et qu'il n'y ait pas eu une hausse marquée des décès attribuables à une incapacité extrême (Manton, 1986*a*).

Pour mieux voir les répercussions d'un changement donné dans la relation entre la morbidité, l'incapacité et la mortalité sur la demande de soins de longue durée, il nous faut élaborer à partir du graphique 3-1 en précisant le genre de services qui seraient requis pour divers degrés de morbidité et d'incapacité. Dans le graphique 3-2, les courbes correspondant aux divers services possibles relativement aux soins de longue durée ont été juxtaposées aux trois courbes de survie provenant du graphique 3-1 (Soldo et Manton, 1985).

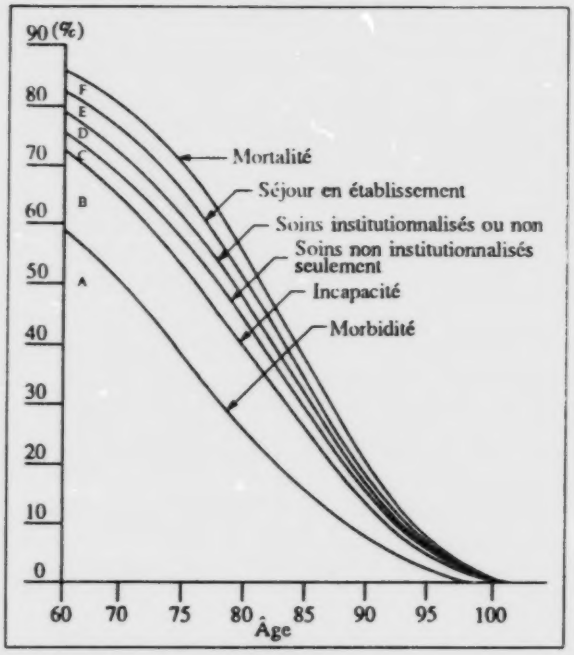
Nous pouvons voir que plus nous nous déplaçons vers la droite, plus le degré d'incapacité fonctionnelle et l'intensité des services de santé requis augmentent. Sur le plan des politiques, un des principaux problèmes à résoudre est de déterminer les possibilités de substitution entre les divers services, compte tenu de l'âge, de la nature de l'invalidité et des conditions sociales et économiques. Ce problème sera examiné plus attentivement dans une section ultérieure.

La demande globale pour les services de santé

Dans la section précédente, nous nous sommes intéressés à la façon de mesurer l'évolution de l'état de santé au niveau individuel. Pour prévoir les services dont aura besoin la population âgée, il faut appliquer des modèles d'évolution de l'état de santé à la structure

Graphique 3-2

Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité, d'incapacité et d'utilisation des soins de longue durée pour les femmes, États-Unis, 1980



SOURCE Soldo et Manton (1985), p. 309.

démographique existante. Cela nous permet de voir que la structure démographique sera le principal facteur de changement dans la demande de services de santé au cours des années à venir et qu'il y aura vraisemblablement une influence plus grande que les différences actuellement observées au niveau des modes de traitement et que les changements probables dans le rythme d'évolution de l'état de santé chez les personnes très âgées. Ce phénomène est en grande partie attribuable à la surnatalité enregistrée après la Deuxième Guerre mondiale, qui a été à l'origine d'une importante vague de naissances. Lorsque cette cohorte atteindra la retraite – et les âges auxquels la demande pour les services de santé est très élevée – il en résultera une forte croissance des besoins de ressources dans le domaine des soins de santé. Aux États-Unis, par exemple, Torrey (1984, p. 9) a estimé qu'en l'an 2000, les personnes âgées de 80 ans et plus constitueront le groupe le plus important de prestataires auprès du Trésor fédéral, recevant des avantages évalués à 85,5 milliards de dollars (en dollars de 1984). On peut s'attendre que ce montant augmentera de façon considérable puisque les personnes nées au cours de la période d'après-guerre auront 65 ans entre 2010 et 2015, et 85 ans entre 2030 et 2035. En supposant des taux de services constants, Rice et Feldman (1983) ont calculé que, dans le cas des courts séjours, le nombre de jours d'hospitalisation pour les personnes âgées de 75 ans et plus augmentera de 291 %, passant de 56,1 millions de jours en 1980 à 219,4 millions en 2040. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus résidant dans des maisons de repos devrait augmenter de 318,5 % au cours de la même période pour atteindre 4,5 millions. Comme on peut le constater au tableau 3-3, le Canada devrait enregistrer des taux de croissance comparables.

Selon les prévisions, le nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus devrait plus que tripler entre 1980 et 2025, passant de 2 millions de personnes à 6,2 millions (ONU, 1985, pp. 318-319). La proportion de la population canadienne âgée de 65 ans et plus devrait augmenter de façon comparable à celle de la population américaine, soit de 8,9 % en 1980 à 18,1 % en 2025.

Mais plus intéressant encore, du point de vue de la demande globale de services (c'est-à-dire, tant les soins intensifs que les soins de longue durée), est la croissance prévue de la population âgée de 80 ans et plus. La taille de ce groupe devrait augmenter de 206 % pour atteindre 1,1 million de personnes en 2025; or les personnes nées au cours de la période d'après-guerre n'auront pas encore atteint l'âge de 80 ans en 2025. Nous pouvons donc supposer que la croissance de la population âgée et très âgée aura vraisemblablement un effet plus grand que toute diminution raisonnable de la consommation de services par habitant découlant soit d'une uniformisation du mode de prestation des services (dont certains ne devraient peut-être pas disparaître) soit de gains d'efficience dans la fourniture de ces services.

Les tendances qui se dessinent dans le cas des États-Unis et du Canada devraient également se manifester dans plusieurs autres pays développés. Au Japon, par exemple, le vieillissement de la population progresse encore plus rapidement qu'aux États-Unis, de sorte que la proportion des personnes de plus de 65 ans sera encore plus élevée. En 2025, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient constituer 19,5 % de la population américaine (U.S. Bureau of the Census, 1984, tableau 6); dans le cas du Japon, la prévision s'établit à 23,8 % (Kuroda, 1982, tableau 1). En conséquence de ces phénomènes démographiques, il faut prévoir que des ressources considérables devront être consacrées à la prestation de soins intensifs et de longue durée au cours des années à venir. Aucune combinaison raisonnable de changements dans les autres facteurs n'est susceptible de faire contrepoids à cette augmentation de la demande et il nous faudra donc y faire face résolument.

Tableau 3-3

Croissance du nombre de personnes âgées, Canada, 1980-2025

	1980	1985	2000	2025	Variation (en pourcentage)
			En milliers		
65 à 69 ans	806	861	1 030	2 169	169
70 à 79 ans	877	1 181	1 684	2 949	236
80 ans et plus	367	426	695	1 126	206
Total	2 049	2 468	3 439	6 244	
			En pourcentage		
80 ans et plus, en proportion de l'ensemble des personnes âgées	17,9	17,3	20,2	18,0	
80 ans et plus, en proportion de la population totale	1,5	1,7	2,4	3,3	
			En milliers		
Population totale	24 098	25 605	29 435	34 447	

SOURCE Organisation des Nations Unies (1985), pp. 318-319.

Stratégies visant à limiter le taux de croissance de la demande pour les soins de santé

Même si des facteurs démographiques sont à l'origine de la croissance prévue de la demande pour les soins intensifs et de longue durée, cela ne signifie pas que nous ne pouvons rien faire pour contenir l'augmentation des dépenses dans ce domaine; certains moyens, qui sont à notre portée, peuvent concourir à la fois à des objectifs humanitaires et économiques. Nous présentons, dans les sections qui suivent, deux stratégies visant à limiter les dépenses ainsi qu'une analyse de leurs effets possibles.

Prévention de la maladie et de l'invalidité et promotion de la santé à des âges avancés

Au cours des quelques dernières années, de nouvelles données scientifiques sur le rythme auquel se produit le vieillissement physiologique (par opposition à la simple accumulation d'un plus grand nombre de maladies chroniques en raison d'une plus grande longévité) sont venues remettre en question les connaissances dans ce domaine. Jusqu'en 1982, nous semblions disposer de nombreux arguments biologiques pour affirmer que la capacité fonctionnelle de nombreux organes et systèmes du corps humain diminuait rapidement avec l'âge (Besdine, 1984). Un vice fondamental de bon nombre des études à la base de ces arguments n'est devenu évident que vers 1982. Ainsi, dans la plupart des cas, les groupes étudiés ont été choisis de manière à être représentatifs de la population âgée. Puisque l'on observe une forte incidence de maladies chroniques chez les personnes âgées, les chercheurs mesuraient le rythme de vieillissement physiologique au sein d'une population hétérogène, faisant en quelque sorte une moyenne de la perte de capacité fonctionnelle entre les personnes en santé et celles qui étaient très malades. On a donc confondu rythme de vieillissement et incidence de maladies chroniques à différents âges (Besdine, 1984).

En revanche, les résultats d'études récentes portant sur des personnes âgées en bonne santé révèlent que le rythme de vieillissement physiologique est nettement moins accentué qu'on ne le croyait auparavant. Ainsi, Lakatta (1983) a montré que les personnes de 80 ans jouissant d'une bonne santé pouvaient avoir un débit cardiaque comparable à celui des personnes de 30 ans en santé. Une diminution marquée des fonctions neurologiques ne semble pas non plus être une conséquence inévitable du vieillissement puisqu'elle est souvent attribuable à une affection clinique particulière, telle que la maladie d'Alzheimer. Les suppléments diététiques semblent constituer une voie prometteuse pour enrayer l'ostéoporose et sa conséquence grave et parfois fatale, la fracture de la hanche. Par ailleurs, des études sont en cours actuellement aux États-Unis en vue de déterminer les avantages que peut présenter la régulation de l'hypertension systolique chez les personnes très âgées (Minaker et Rowe, 1985).

La principale conclusion sur laquelle débouchent ces exemples et d'autres est que des mesures préventives peuvent permettre d'améliorer l'état de santé de personnes mêmes très âgées en prévenant ou en retardant la maladie. Si l'on parvient à repousser l'âge auquel survient la maladie et l'invalidité, on peut s'attendre à voir l'espérance de vie s'améliorer. Les données dont nous disposons laissent croire que l'amélioration de l'espérance de vie ne fera probablement pas croître les dépenses au titre des soins intensifs parce que ces dépenses sont surtout concentrées au cours de la dernière année de vie. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, certaines études effectuées aux États-Unis (Riley et coll., 1985) montrent que les dépenses au titre de l'assurance-maladie durant la phase terminale d'une maladie n'ont pas augmenté par rapport aux dépenses totales en soins de santé; il est à noter que ces observations ont été faites au cours d'une période où il y a eu amélioration de l'espérance de vie à des âges avancés.

Il faut toutefois prévoir une augmentation des dépenses pour les soins de longue durée directement reliés à l'incidence de l'incapacité fonctionnelle selon l'âge mais seulement liés de façon indirecte à la fréquence des maladies chroniques en fonction de l'âge. Nous pouvons étudier la relation entre l'invalidité et la maladie à partir des données tirées de l'enquête nationale de 1982 sur les soins de longue durée aux États-Unis (National Long Term Care Survey ou NLTCS) menée auprès de 6 400 personnes âgées vivant au sein de la collectivité, qui ont déclaré avoir souffert d'une incapacité d'une durée d'au moins trois mois pour ce qui est des activités de la vie de tous les jours (AVJ) et des activités instrumentales de la vie de tous les jours (AIVJ) (Manton, 1986*b*). Au tableau 3-4, nous présentons des données sur le nombre et la part relative des personnes souffrant d'une capacité chronique qui ont déclaré être atteintes d'une maladie ou d'une affection directement reliée à leur incapacité.

Dans le tableau, les données sont présentées pour différents groupes d'âge et différents degrés d'incapacité. Ces données montrent que les affections les plus étroitement liées à la mortalité (par exemple, le cancer et les maladies cardiaques) ne sont pas étroitement associées à l'incapacité. Cette constatation semble raisonnable vu l'évolution relativement rapide et fatale de ces maladies. Les affections qui entraînent la plus forte incidence d'invalidité (notamment l'arthrite, la sénilité, l'artériosclérose et les fractures) ne sont pas celles qui sont habituellement associées à la mortalité. Il semble donc possible d'axer les mesures de prévention sur les maladies et affections qui entraînent une incapacité mais qui ont un rapport beaucoup moins direct avec la mortalité. On pourrait ainsi abaisser de façon significative la demande de soins de longue durée grâce à une amélioration de la capacité fonctionnelle des personnes âgées.

Tableau 3-4

Probabilité d'avoir une maladie particulière chez les personnes ayant un degré d'incapacité donné, selon l'âge, États-Unis, 1982

	Niveau d'incapacité				
	AIVJ	1-2 AVJ	3-4 AVJ	5-6 AVJ	Total
Personnes atteintes, de 65 à 74 ans :					
Cancer	39 288	36 349	16 099	33 793	125 529
	(5,61)	(5,65)	(5,77)	(10,40)	(6,44)
Diabète	50 026	70 220	29 235	49 353	198 834
	(7,15)	(10,92)	(10,48)	(15,19)	(10,21)
Sénilité	30 485	20 202	3 651	9 610	63 948
	(4,36)	(3,14)	(1,31)	(2,96)	(3,28)
Emphysème et bronchite	65 549	44 768	22 939	36 766	170 022
	(9,36)	(6,96)	(8,22)	(11,31)	(8,73)
Cardiopathie ischémique	50 124	33 039	10 919	23 020	117 102
	(7,16)	(5,14)	(3,91)	(7,08)	(6,01)
Hypertension	99 859	87 214	46 324	36 830	270 227
	(14,27)	(13,56)	(16,60)	(11,33)	(13,87)
Artériosclérose	207 551	179 151	105 398	166 915	659 015
	(29,65)	(27,86)	(37,78)	(51,36)	(33,83)
Arthrite	213 611	292 215	121 967	90 565	718 358
	(30,52)	(45,45)	(43,72)	(27,87)	(36,88)
Accident cérébrovasculaire	183 494	170 032	94 669	150 303	598 498
	(26,21)	(26,44)	(33,93)	(46,25)	(30,72)

Tableau 3-4 (fin)

		Niveau d'incapacité			
	AIVJ	1-2 AVJ	3-4 AVJ	5-6 AVJ	Total
Fracture de la hanche et autres fractures	168 636 (24,09)	215 994 (33,59)	90 084 (32,29)	98 232 (30,23)	572 946 (29,41)
Total	700 000	643 000	279 000	325 000	1 948 000
Personnes atteintes, de 75 à 84 ans :					
Cancer	25 528 (4,42)	24 883 (3,80)	6 503 (2,46)	23 826 (7,31)	80 740 (4,43)
Diabète	36 987 (6,41)	45 350 (6,93)	17 874 (6,77)	36 631 (11,24)	136 842 (7,51)
Sénilité	81 588 (14,41)	89 603 (13,70)	21 832 (8,27)	53 464 (16,40)	246 487 (13,54)
Emphysème et bronchite	25 065 (4,34)	31 276 (4,78)	9 845 (3,73)	17 946 (5,50)	84 129 (4,62)
Cardiopathie ischémique	27 317 (4,73)	26 796 (4,10)	13 941 (5,28)	21 973 (6,74)	90 027 (4,94)
Hypertension	67 258 (11,66)	57 374 (8,77)	22 090 (8,37)	28 665 (8,79)	175 387 (9,63)
Artériosclérose	173 000 (29,98)	205 980 (31,50)	106 042 (40,17)	202 242 (62,04)	687 264 (37,74)
Arthrite	187 094 (32,43)	272 663 (41,69)	125 988 (47,72)	106 530 (32,68)	692 275 (38,02)
Accident cérébrovasculaire	152 883 (26,50)	174 547 (26,69)	91 043 (34,49)	151 801 (46,56)	570 274 (31,32)
Fracture de la hanche et autres fractures	95 356 (16,53)	163 321 (24,97)	81 700 (30,95)	58 504 (17,95)	398 881 (21,90)
Total	577 000	654 000	264 000	326 000	1 821 000
Personnes atteintes, de 85 ans et plus :					
Cancer	1 511 (0,77)	7 800 (2,34)	1 638 (1,08)	6 011 (3,01)	16 960 (1,93)
Diabète	4 036 (2,07)	10 381 (3,11)	4 970 (3,29)	9 583 (4,79)	28 970 (3,29)
Sénilité	78 781 (40,40)	98 455 (29,48)	44 553 (29,51)	82 659 (41,33)	304 448 (34,60)
Emphysème et bronchite	3 696 (1,90)	4 859 (1,45)	4 100 (2,72)	1 646 (0,82)	14 301 (1,63)
Cardiopathie ischémique	6 403 (3,28)	10 382 (3,11)	2 990 (1,98)	8 984 (4,49)	28 759 (3,27)
Hypertension	17 052 (8,74)	29 439 (8,81)	11 338 (7,51)	17 267 (8,63)	75 096 (8,53)
Artériosclérose	47 554 (24,39)	96 528 (28,90)	49 186 (32,57)	103 133 (51,57)	296 401 (33,68)
Arthrite	45 103 (23,13)	133 148 (39,86)	63 577 (42,10)	65 122 (32,56)	306 950 (34,88)
Accident cérébrovasculaire	36 607 (18,77)	79 164 (23,70)	37 437 (24,79)	84 209 (42,10)	237 417 (26,98)
Fracture de la hanche et autres fractures	23 571 (12,09)	67 085 (20,09)	37 647 (24,93)	32 464 (16,23)	160 767 (18,27)
Total	195 000	334 000	151 000	200 000	880 000

NOTE Les données entre parenthèses expriment le pourcentage de personnes atteintes au sein de ce groupe d'âge.
SOURCE Données tirées de l'enquête nationale de 1982 sur les soins de santé de longue durée.

Il y a lieu de s'interroger sur l'importance des effets des mesures de prévention axées sur les facteurs d'invalidité. Encore ici, nous pouvons étudier cet aspect à l'aide des taux d'incapacité estimés dans l'enquête de 1982 (NLTCS) et dans l'enquête nationale de 1977 sur les maisons de repos (National Nursing Home Survey ou NNHS). À partir de ces taux, nous avons fait des projections au sujet : a) du nombre futur de personnes ayant différents degrés d'incapacité, selon l'âge; et b) du nombre d'heures nécessaires, par tête et au total, pour la prestation de soins non institutionnalisés à ces personnes aux niveaux de service qui prévalent à l'heure actuelle. Ces projections pour les années 2000 à 2040 sont présentées au tableau 3-5.

D'après les données du tableau, le nombre de personnes âgées dépendantes qui vivent au sein de la collectivité ou dans des maisons de repos aux États-Unis augmentera de 39 % entre 1982 et l'an 2000, passant de 6,4 millions à 8,9 millions. De l'an 2000 à 2040, la croissance sera de 100 %, passant de 8,9 millions de personnes à 17,8 millions; cet accroissement sera principalement enregistré

Tableau 3-5

Projections du nombre de personnes âgées qui ont une incapacité et qui vivent au sein de la collectivité ou dans des maisons de repos, et du nombre d'heures-personnes de soins non institutionnalisés, selon l'âge, États-Unis, 2000 et 2040

En milliers

	Au sein de la collectivité[1]				Dans une maison de repos[2]	Total
		Niveau d'incapacité				
	AIVJ	1-2 AVJ	3-4 AVJ	5-6 AVJ		
Nombre de personnes :						
An 2000						
65 à 74 ans	787	726	317	371	263	2 464
75 à 84 ans	878	980	405	504	762	3 529
85 ans et plus	382	666	300	401	1 130	2 879
Total	2 047	2 372	1 023	1 276	2 155	8 872
An 2040						
65 à 74 ans	1 253	1 162	512	592	436	3 955
75 à 84 ans	1 710	1 899	784	989	1 484	6 866
85 ans et plus	929	1 613	735	969	2 685	6 930
Total	3 893	4 674	2 031	2 549	4 605	17 751
Nombre total d'heures-personnes de soins non institutionnalisés par semaine :						
An 2000						
65 à 74 ans	14 701	15 860	9 107	14 643		54 312
75 à 84 ans	16 466	21 209	12 064	19 454		69 193
85 ans et plus	8 188	15 944	9 734	16 147		50 013
Total	39 356	53 014	30 904	50 244		173 518
An 2040						
65 à 74 ans	23 489	25 436	14 755	23 244		86 924
75 à 84 ans	32 137	41 416	23 571	38 165		135 289
85 ans et plus	20 139	38 981	24 076	39 103		122 299
Total	75 765	105 833	62 402	100 513		344 512

1 Données tirées de l'enquête nationale de 1982 sur les soins de santé de longue durée.
2 Données tirées de l'enquête nationale de 1977 sur les maisons de repos.

chez les personnes âgées de plus de 85 ans (hausse de 141 % entre l'an 2000 et 2040) qui font une forte utilisation des services de santé. Le tableau donne également le nombre d'heures de services non institutionnalisés requis par semaine. Ce nombre est obtenu en multipliant le nombre de personnes par le nombre moyen d'heures de services supplémentaires fournis à ces personnes, selon l'âge et le degré d'incapacité. Le nombre varie de 18,7 heures pour les personnes âgées de 65 à 74 ans dont l'incapacité touche uniquement les activités instrumentales de la vie de tous les jours à 40,2 heures pour les personnes de 85 ans et plus qui sont incapables de faire cinq ou six activités de la vie de tous les jours. Il ressort clairement que les soins de longue durée provenant de sources non institutionnalisées représentent un nombre d'heures considérable et que même un transfert minime, en pourcentage, de ces soins vers le secteur institutionnel entraînerait des coûts énormes. L'accroissement de la demande de services dépend de deux facteurs, à savoir : a) la taille accrue des cohortes qui atteignent les âges auxquels les besoins au chapitre des soins de longue durée sont élevés; et b) l'amélioration prévue de l'espérance de vie qui a pour effet d'accroître le nombre d'années durant lesquelles une personne peut avoir besoin de soins de longue durée.

Supposons maintenant que nous fassions intervenir des mesures de prévention susceptibles de réduire la durée de l'invalidité d'une personne et, également, que ces mesures s'avéreront aussi efficaces que celles destinées à abaisser la mortalité (en d'autres termes, que les courbes d'incapacité et de survie se déplacent dans une même mesure vers la droite). La question qui se pose tout naturellement est de savoir quels seront les effets de ces nouveaux éléments sur la demande de soins de longue durée. Pour évaluer ces effets, nous avons recalculé les projections apparaissant au tableau 3-5 en tenant compte des nouvelles mesures de prévention axées sur l'invalidité. Les estimations de la baisse de la demande de soins, selon l'âge et le degré d'incapacité, sont indiquées au tableau 3-6.

Nous pouvons voir que les mesures de prévention pourraient entraîner une forte baisse de la demande pour les soins de longue durée. Le nombre de personnes âgées se trouvant dans un état de dépendance aurait diminué de 21 % en l'an 2000 et de 32 % en 2040. Étant donné que les personnes très âgées font une grande consommation de services de santé, le nombre d'heures de soins non institutionnalisés affiche une diminution moins marquée – de 19 % en l'an 2000 et de 30 % en l'an 2040. Néanmoins, la baisse projetée de la demande de services est très importante (d'environ 1,7 milliard d'heures-personnes en l'an 2000 et de 5,4 milliards en l'an 2040), mais cette baisse demeure nettement plus faible que l'accroissement attribuable aux facteurs démographiques.

Gestion et contrôle des coûts des services de santé et des systèmes de prestation

Bien que l'information dont nous disposions permette de penser que la santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées pourraient être améliorées par diverses mesures, il n'en demeure pas moins que ces initiatives seront nettement insuffisantes en regard de l'accroissement prévu de la demande de services provoquée par le vieillissement de la population. Il faudra donc également exercer un certain contrôle sur l'utilisation des soins intensifs et de longue durée afin de modérer la consommation de ressources dans ce secteur. En outre, ces modalités de régulation devront être suffisamment souples pour permettre de répondre convenablement aux différents besoins de populations géographiquement distinctes en matière de soins de santé, ainsi que pour préserver certaines fonctions spécialisées au sein du système de prestation des soins de santé et maintenir la qualité des services en général.

Une formule de régulation de la consommation qui s'est révélée particulièrement efficace tout en restant très souple en regard des modes d'utilisation des services est le mécanisme de fixation à priori des remboursements qui a été mis au point en vue de contrôler les coûts d'hospitalisation pour les courts séjours dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Ce système de remboursement, fondé sur des tarifs fixes pour 467 catégories de diagnostics, a contribué à raccourcir les séjours à l'hôpital *et* à réduire les taux d'hospitalisation. La formule repose sur des multiplicateurs propres aux diverses catégories de diagnostics qui permettent de calculer le remboursement par cas en fonction des coûts réels, de sorte que les hôpitaux sont incités à soigner les cas plus graves.

Le système basé sur des catégories de diagnostics, qui sert présentement de formule de remboursement, avait initialement été mis au point pour faciliter la gestion hospitalière. Ainsi, il convient notamment pour évaluer le rendement financier de différents services dans les hôpitaux ayant un budget global fixe. Il est utilisé à cette fin dans le réseau des hôpitaux pour anciens combattants aux États-Unis, et plusieurs pays européens étudient la possibilité d'adopter un tel système comme instrument de gestion.

Le système axé sur les catégories de diagnostics s'est avéré un moyen efficace pour contrôler la consommation de ressources. Dans sa forme actuelle, toutefois, le système suscite certaines préoccupations et il sera peut-être nécessaire d'y apporter certaines modifications.

Une de ces préoccupations a trait à l'exactitude des mesures employées pour établir la composition de la clientèle. En particulier, on a fait valoir que le système

Tableau 3-6

Projections du nombre de personnes âgées qui ont une incapacité et qui vivent au sein de la collectivité ou dans des maisons de repos, et du nombre d'heures-personnes de soins non institutionnalisés, selon l'âge, corrigées pour tenir compte d'une diminution de l'incapacité, États-Unis, 2000 et 2040

En milliers (sauf indication contraire)

	Au sein de la collectivité[1]				Dans une maison de repos[2]	Total	Diminution totale par rapport au tableau 3-5 (en pourcentage)
		Niveau d'incapacité					
	AIVJ	1-2 AVJ	3-4 AVJ	5-6 AVJ			
Nombre de personnes :							
An 2000							
65 à 74 ans	660	608	266	311	220	2 065	16
75 à 84 ans	704	781	321	405	596	2 807	20
85 ans et plus	300	522	236	313	789	2 160	25
Total	1 663	1 912	823	1 029	1 605	7 032	21
An 2040							
65 à 74 ans	914	846	373	431	317	2 882	27
75 à 84 ans	1 192	1 317	539	692	1 003	4 743	31
85 ans et plus	631	1 094	498	651	1 562	4 436	36
Total	2 737	3 257	1 410	1 775	2 881	12 061	32
Nombre total d'heures-personnes de soins non institutionnalisés par semaine :							
An 2000							
65 à 74 ans	12 334	13 285	7 633	12 277		45 528	16
75 à 84 ans	13 234	16 999	9 595	15 620		55 448	20
85 ans et plus	6 442	12 529	7 644	12 568		39 183	22
Total	32 011	42 813	24 872	40 465		140 159	19
An 2040							
65 à 74 ans	17 164	18 525	10 760	16 960		63 415	27
75 à 84 ans	22 472	28 877	16 252	26 659		94 260	30
85 ans et plus	13 708	26 481	16 328	26 213		82 730	32
Total	53 344	73 883	43 341	69 832		240 405	30

1 Données tirées de l'enquête nationale de 1982 sur les soins de santé de longue durée.
2 Données tirées de l'enquête nationale de 1977 sur les maisons de repos.

actuel ne rend pas compte assez fidèlement de la gravité des cas traités et ne reflète donc pas les différents degrés d'intensité des services requis au sein des diverses catégories de diagnostics. En principe, le fait de ne pas bien rendre compte de la gravité des cas traités ne devrait pas entraîner de pertes financières pour les grands hôpitaux ou les réseaux hospitaliers puisque les coûts moyens auront tendance à s'équilibrer en raison du grand nombre de patients. Toutefois, il se peut que les hôpitaux offrant des services spécialisés attirent systématiquement un plus grand nombre de cas graves pour une catégorie de diagnostics donnée (Manton et Vertrees, 1984). En outre, les hôpitaux ont tendance à considérer le mode de remboursement par catégorie de diagnostics comme étant une limite supérieure par cas plutôt qu'un tarif moyen. C'est notamment le cas des petits hôpitaux où le nombre de patients traités n'est pas suffisamment grand pour assurer une constance actuarielle. Par conséquent, il existe également un barème de primes pour tenir compte le plus exactement possible de la gravité de la maladie et des carac-

téristiques particulières des patients – par exemple, l'incidence élevée d'affections chroniques multiples chez les personnes très âgées (Maddox et Manton, 1986). Lorsqu'il est question de rajuster le plafond de remboursement pour tenir compte de la gravité des cas, il faut garder à l'esprit que gravité accrue *n'est pas* toujours synonyme de coûts plus élevés. Ainsi, des études ont révélé que les coûts d'hospitalisation pour une leucémie sont nettement plus élevés en phase terminale qu'à tout autre stade de la maladie, tandis que l'hospitalisation pour un cancer du poumon en phase terminale est moins coûteuse en moyenne. L'écart entre les coûts d'hospitalisation semble attribuable au pronostic de la maladie en phase terminale (Manton et Vertrees, 1984).

Un deuxième aspect qu'il importe de reconnaître aux fins de raffiner davantage les catégories de diagnostics est le besoin de spécialisation des hôpitaux et autres établissements de santé. En d'autres termes, il est nécessaire que différents hôpitaux offrent différents genres de services, à la fois pour tirer profit des économies d'échelle possibles et, peut-être, pour améliorer la capacité d'offrir des traitements de pointe et des services de diagnostics spécialisés. Dans les hôpitaux universitaires, le système des catégories de diagnostics a été modifié en partie pour tenir compte de la plus grande spécialisation des activités. Des modifications plus complexes ont été apportées au système dans l'État de la Pennsylvanie, où un facteur de pondération supplémentaire est utilisé aux fins de déterminer le remboursement par catégorie de diagnostics pour les cas entrant dans le cadre du régime Medicaid. Ce rajustement au niveau de la composition de la clientèle pour tenir compte du type d'établissement hospitalier a été établi à partir d'une analyse des caractéristiques particulières des hôpitaux offrant des services à différentes clientèles (Vertrees et Manton, 1986). Il semble en effet souhaitable de maintenir une certaine spécialisation des services dans les divers établissements afin d'accroître l'efficacité globale du système.

La principale faiblesse que l'on impute au mécanisme actuel de remboursement par catégorie de diagnostics est qu'il ne tient compte que d'un seul aspect du système de prestation des soins de santé. Les hôpitaux ont ainsi la possibilité de déjouer le système en envoyant leurs patients plus tôt à des établissements de soins de longue durée – alors qu'ils sont encore passablement malades – de sorte que la gravité de l'état de leur clientèle est en moyenne plus élevée et qu'ils peuvent consommer plus de ressources. Il est à noter par ailleurs que les prestations versées pour les soins à domicile en vertu de la Partie A du régime Medicare sont celles qui ont affiché la plus forte croissance au cours des dernières années.

Si l'on veut être en mesure d'exercer un contrôle sur les dépenses, il faudra éventuellement inclure dans le mécanisme de remboursement les frais afférents aux soins de longue durée. Il est particulièrement difficile d'établir des paramètres de la composition de la clientèle dans le cas des soins de longue durée parce qu'il faut faire entrer en ligne de compte un plus grand nombre de facteurs ayant une incidence sur la demande pour ces services. Ainsi, outre l'état de santé, il faut tenir compte du niveau d'incapacité fonctionnelle et de la situation sociale et économique de la famille, qui est la source principale de soins non institutionnalisés. Il est possible d'obtenir une mesure de la composition de la clientèle en recourant à des méthodes de classement multidimensionnel. Une de ces méthodes (Woodbury et Manton, 1982) permet de classer les patients en fonction : a) d'un ensemble de groupes, K, définis par rapport aux variables, J, correspondant à l'ensemble des variables propres à la demande de services; et b) d'un ensemble de coefficients de pondération, K, pour chaque personne, qui indique dans quelle mesure le profil de chaque groupe décrit le besoin de services de la personne en question. Puisque les coefficients de pondération opèrent de façon telle qu'un patient peut être partiellement assimilé à plusieurs groupes, le remboursement qui convient dans un cas particulier peut être constamment rajusté par une combinaison des prix ou des coûts estimés des services fournis à chaque type de cas ou de profil de patient.

Dans une analyse des prestations versées pour les soins à domicile aux États-Unis (Manton et Liu, 1986), on a trouvé qu'il était possible d'obtenir une mesure de la composition de la clientèle en se basant sur six dimensions, elles-mêmes dérivées de 56 mesures de l'état de santé et de la capacité fonctionnelle. Une de ces dimensions correspond à un groupe de personnes en assez bonne santé qui ont été hospitalisées uniquement pour des affections aiguës, tandis que les cinq autres groupes sont composés de personnes souffrant de maladies et d'incapacités chroniques. Les affections qui caractérisent chacun des cinq groupes sont : une fracture de la hanche, un cancer, une affection chronique de l'appareil circulatoire, la sénilité et des troubles neurologiques auxquels sont fréquemment associés de graves problèmes de santé. Les coûts afférents au groupe qui nécessite le plus de services sont cinq fois plus élevés que les coûts associés au groupe qui en requiert le moins. Toutefois, le coût relatif projeté des services utilisés par une personne correspond à la somme pondérée des coûts relatifs des services pour les six groupes. Ainsi, il est possible de tenir compte de l'hétérogénéité de la clientèle dans la structure de prix des six groupes.

Une des difficultés importantes que l'on rencontre dans la mise au point de tels systèmes de remboursement est la façon de délimiter les divers sous-secteurs de services, notamment l'hospitalisation pour affections graves, les

soins à domicile et l'utilisation des maisons de repos. Dans ce contexte, les coefficients de pondération relatifs à la composition de la clientèle peuvent être combinés aux probabilités de transition entre les diverses catégories de services – probabilités qui sont elles-mêmes fonction de variables qui dépendent de la politique de l'établissement (Manton et Yashin, 1986).

Une des faiblesses évidentes du régime basé sur des catégories de diagnostics est qu'il suppose un tarif fixe pour un service précis, fourni dans un secteur particulier du système des soins de santé. Certains semblent croire qu'une formule de capitation pour une période déterminée constituera éventuellement une formule plus efficace. Toutefois, pour mettre en place un système de capitation, il faut d'abord résoudre le problème épineux de la sélection des adhérents les plus sains et, par la suite, déterminer le seuil de « responsabilité financière » du système, auquel celui-ci est le mieux en mesure de répondre aux besoins véritables en matière de services médicaux et auquel les risques financiers sont réduits au minimum. Pour résoudre ces problèmes, il faut aussi définir des mesures précises de la composition de la clientèle, la taille optimale des établissements de santé (Tolley et coll., 1986) ainsi que les différentes stratégies de gestion des cas et de réassurance.

Conclusion

L'exposé qui précède portait sur l'évolution probable de la demande future de soins intensifs et de longue durée aux États-Unis, au Canada et dans d'autres pays développés. Nous en sommes venus à la conclusion que des facteurs démographiques tels que la taille sans cesse plus grande des cohortes successives de personnes âgées et l'amélioration de l'espérance de vie à des âges avancés entraîneraient vraisemblablement de plus forts besoins en ressources dans le secteur des soins de santé, notamment pour les soins de longue durée destinés aux personnes très âgées, et ce, quelle que soit la combinaison de mesures adoptées en vue d'exercer un contrôle sur la consommation de services. Nous avons également conclu que l'espérance de vie n'a pas encore plafonné et que les progrès à ce titre ne risquaient pas d'entraîner une forte augmentation des dépenses médicales au cours de la dernière année de vie – bien qu'elle puisse hausser les dépenses au titre des soins de longue durée. Les données présentées indiquent toutefois que l'accroissement de la demande de ressources pourrait être contrôlé par divers moyens.

La première mesure envisagée est basée sur l'observation faite dans le cadre de nombreuses études récentes, à l'effet que la mauvaise santé et l'incapacité fonctionnelle à un âge avancé sont en grande partie attribuables à des maladies qu'il est possible de prévenir (Manton, 1986*c*). Ainsi, une façon de contrôler les coûts consisterait à prendre des mesures pour prévenir les maladies chroniques et l'incapacité à un âge avancé. La deuxième voie de solution serait la mise au point de mécanismes de contrôle des coûts – sous la forme de formules de fixation à priori du montant remboursé pour certains services particuliers. Une troisième stratégie serait de recourir à des modèles de capitation où le remboursement est effectué en fonction de périodes de service déterminées.

Notre exposé a tenté de mettre en relief les problèmes que pose la mise au point de stratégies de contrôle dans le cas des systèmes globaux de prestation des soins de santé qui englobent, notamment, les soins à domicile, les services fournis dans des maisons de repos et l'hospitalisation pour les cas graves. Nous avons fait valoir que les stratégies de contrôle retenues devraient être suffisamment souples pour permettre une certaine hétérogénéité dans les services de santé, pour tenir compte des différences entre les populations sur le plan médical et aussi en raison de la nécessité d'avoir des établissements spécialisés au sein des grands réseaux de prestation des services de santé. Les formules de remboursement fondées sur des mesures actuarielles appropriées qui prévoient un facteur de rajustement pour tenir compte de la composition de la clientèle semblent constituer un moyen efficace pour permettre une certaine hétérogénéité dans un système complexe de prestation de services de santé, tout en concourant à un niveau acceptable de responsabilité individuelle (les risques financiers, dans un régime privé) et à conserver une certaine marge de manœuvre en matières décisionnelles.

Noralou P. Roos, Evelyn Shapiro et Betty Havens

Le thème du colloque – le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé – se situe parmi les préoccupations des planificateurs des soins de santé en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. Deux constatations importantes sous-tendent cette préoccupation :

- Le nombre et la proportion de personnes âgées – et surtout très âgées (85 ans et plus) – vont en s'accroissant;

- Les personnes âgées, notamment les personnes très âgées, consomment une part disproportionnée des ressources du secteur de la santé.

Ces faits ne sont pas contestés. Toutefois, comme en témoignent les mémoires préparés pour le colloque, de nombreuses questions se posent encore au sujet des

facteurs qui exercent une influence prépondérante et du rapport qui existe entre le vieillissement et la consommation des ressources limitées du secteur. Le présent document porte sur quatre caractéristiques – encore mal comprises – de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées :

- Les principaux consommateurs de services de santé ne sont ni les personnes « âgées » ni les personnes « très âgées ». La plupart des personnes âgées et même très âgées sont en bonne santé et rarement hospitalisées. Les statistiques qui préoccupent les planificateurs des services de santé ne se rapportent qu'à une faible proportion de cette population.

- Les ressources hospitalières que consomment les personnes âgées et surtout très âgées sont en général beaucoup moins importantes (c'est-à-dire beaucoup moins coûteuses) que celles qu'utilisent les personnes plus jeunes. Les malades âgés sont plus souvent hospitalisés dans de petits hôpitaux à faibles coûts que dans des hôpitaux d'enseignement offrant des traitements de pointe, et leur séjour est habituellement plus long et comprend une part substantielle de soins de garde prolongés.

- L'utilisation des services hospitaliers est déterminée beaucoup plus par l'imminence de la mort que par le vieillissement en soi. Chez les personnes âgées comme chez les plus jeunes, l'utilisation des hôpitaux augmente de façon marquée au cours d'une période relativement courte (un an ou moins) précédant le décès.

- L'utilisation des services de santé par les personnes âgées est fortement influencée par des facteurs autres que le « besoin ». Le nombre de lits disponibles, la manière dont les médecins pratiquent la médecine et l'accroissement du nombre de médecins auront sans doute une incidence plus marquée au cours des prochaines décennies que le vieillissement de la population sur la consommation des ressources hospitalières.

Méthodologie

Les données ayant servi à l'analyse proviennent de trois projets de recherche en cours, à savoir : l'étude longitudinale sur le vieillissement au Manitoba, l'étude sur les interventions chirurgicales courantes au Manitoba et l'étude sur l'utilisation des services de santé au cours des quatre années qui précèdent le décès.

L'étude longitudinale sur le vieillissement au Manitoba est décrite en détail dans d'autres ouvrages (Mossey et coll., 1981; Roos et Shapiro, 1981). En bref, cette étude vise à faire le rapprochement entre les données provenant des entrevues détaillées menées en 1971 à l'échelle de la province par le ministère de la Santé et du développement social du Manitoba (1973) auprès d'un échantillon aléatoire d'un peu plus de 4 800 Manitobains âgés et les renseignements faisant état de leur utilisation des soins de santé au cours de la période de huit ans allant de 1970 à 1977 tels qu'ils figurent sur les réclamations présentées régulièrement par les hôpitaux et les médecins à l'organisme gouvernemental chargé d'administrer le régime universel d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation dans la province. Les données sur les soins de santé et les services hospitaliers sont également décrites dans un autre article (Roos et coll., 1979) et toutes les vérifications effectuées à ce jour laissent croire que la base de données fournit une indication raisonnablement juste et fiable de l'utilisation des soins de santé par les personnes comprises dans l'échantillon. L'absence de franchise ou de mode de partage des paiements ainsi que la propension naturelle des médecins à demander un remboursement pour les services rendus limitent la probabilité de sous-estimation. Une vérification régulière des services fournis auprès des patients eux-mêmes et le contrôle périodique des profils de services fournis par les médecins réduisent les risques de surestimation. Puisque les Manitobains se voient rembourser les consultations médicales et les séjours à l'hôpital qui surviennent à l'extérieur de la province, ils ont tout intérêt à les déclarer à la Commission des services de santé du Manitoba.

L'étude sur les interventions chirurgicales courantes au Manitoba (Roos et Roos, 1983) recourt à la même base de données sur les demandes de réclamations pour dégager les caractéristiques des interventions chirurgicales pratiquées dans la province, notamment neuf interventions courantes dont deux touchant principalement les personnes âgées – le traitement chirurgical des cataractes et l'ablation de la prostate. Pour effectuer cette recherche, un échantillon probabiliste de la population âgée de 25 ans et plus, stratifiée selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale), a été tiré du fichier central de 1974 de la Commission des services de santé du Manitoba. Les données sur les séjours à l'hôpital et les consultations médicales pour l'échantillon ($n = 8\,000$) ont été regroupées en fonction d'une date de référence, le 1 juillet 1974.

L'étude sur l'utilisation des services de santé au cours des quatre années qui précèdent le décès est également fondée sur la base de données que constituent les demandes de réclamations. On a ainsi identifié toutes les personnes (environ 3 700) décédées entre juillet 1974 et juin 1976 au sein d'un échantillon probabiliste de 80 000 personnes âgées de 25 ans et plus. Cet échantillon provient de la même source que celui de 8 000 personnes mentionné au paragraphe précédent et il a été stratifié de façon comparable. Les données sur les séjours à l'hôpital au cours des quatre années qui ont précédé le décès ont été rassem-

blées pour tous ces individus. Les personnes hospitalisées à l'extérieur de la province ou dans un établissement de soins prolongés ainsi que celles dont les réclamations renfermaient des codes d'identification incohérents ou dont la période de participation au régime d'assurance-maladie était incomplète ont été exclues pour les fins de l'analyse.

La méthode utilisée pour déterminer le médecin principal ou la propension à hospitaliser d'un médecin est décrite en détail dans Roos et coll. (1986). Les personnes composant l'échantillon ($n = 80\,000$) ont été associées uniquement au médecin (omnipraticien ou médecin de famille, interniste, chirurgien ou gynécologue) consulté le plus fréquemment au cours des deux années en question. Ces personnes sont donc considérées comme faisant partie de la clientèle principale d'un médecin.

La fréquence d'hospitalisation des malades pour un médecin en particulier correspond au nombre total de jours d'hospitalisation par patient principal, pondéré en fonction de la composition de la clientèle. Cette mesure a été établie de la façon suivante : 1) Le dossier d'hospitalisation de chaque patient a été constitué à partir du nombre de jours passés à l'hôpital au cours d'une période de deux années et chaque patient (ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation correspondant) a été attribué au médecin principal; 2) La cote réelle (observée) d'un médecin a été calculée en additionnant les jours d'hospitalisation de tous les patients qui constituent sa clientèle principale; 3) Cette cote a ensuite été ajustée en fonction de la composition de la clientèle principale. La probabilité d'hospitalisation a été estimée à l'aide de modèles de régression multiple par la méthode des moindres carrés ordinaires et de modèles de régression logistique multiple permettant de faire la relation entre les données propres aux patients et les mesures attendues[1]. Après avoir estimé la probabilité d'hospitalisation à l'aide du modèle de régression logistique ou le nombre probable de jours d'hospitalisation au moyen du modèle de régression par moindres carrés ordinaires, les probabilités ont été additionnées pour l'ensemble des personnes constituant la clientèle d'un médecin, afin d'obtenir les valeurs « attendues »; 4) On a également additionné, pour l'ensemble de la clientèle principale de chaque médecin, les « cotes » probables qui correspondent au nombre total probable de jours d'hospitalisation de chaque patient calculé à l'aide de l'équation de régression; 5) Chaque médecin pouvait donc se voir attribuer une mesure ajustée en fonction de la composition de sa clientèle. Cette mesure a été établie en divisant le nombre total réel de jours d'hospitalisation des patients principaux d'un médecin par le nombre total probable de jours d'hospitalisation de ces patients. Le ratio ainsi obtenu a ensuite été multiplié par le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient à l'échelle de la province. Cette mesure ajustée a servi à classer les médecins, en quartiles, suivant leur propension ascendante à recourir à l'hospitalisation.

Le degré de similitude des patients principaux de médecins ayant des styles différents, après rajustement pour tenir compte de la composition de la clientèle, a été vérifié à l'aide de deux échantillons distincts de patients principaux. La clientèle principale des médecins faisant partie des trois quartiles supérieurs affichait des caractéristiques similaires du point de vue des facteurs contribuant à la probabilité d'hospitalisation des personnes âgées, comme en témoignent les résultats obtenus pour le test portant sur l'état mental, l'évaluation personnelle de l'état de santé, le nombre de troubles et d'incapacités déclarés, et la mesure dans laquelle la personne avait besoin d'aide pour répondre au questionnaire d'entrevue. Les patients des médecins faisant partie du quartile inférieur ont obtenu de meilleures cotes pour chacune de ces mesures, ce qui laisse croire qu'ils sont peut-être en meilleure santé que les autres patients, en dépit du rajustement effectué pour tenir compte de la composition de la clientèle.

Les résultats

De quelles personnes âgées s'agit-il ?

Des analyses transversales révèlent qu'environ 20 % des personnes âgées sont hospitalisées au cours d'une année, mais qu'environ 60 % des jours d'hospitalisation impliquant des personnes âgées, au cours d'une année donnée, sont attribuables à un segment beaucoup plus restreint – soit environ 5 % – de ce groupe (Roos et Shapiro, 1981).

Au cours d'une période de cinq années, près de la moitié (42 %) d'une cohorte de personnes âgées n'est jamais hospitalisée. La plupart des personnes âgées qui ont été hospitalisées une ou plusieurs fois au cours de la période n'ont séjourné que très peu de temps à l'hôpital, mais un très petit groupe parmi la population âgée (2 %) a représenté 20 % des jours d'hospitalisation. La même analyse a été effectuée pour le groupe des personnes très âgées, c'est-à-dire celles qui ont 85 ans et plus. Ce groupe affiche le taux d'hospitalisation et le taux de croissance projeté les plus élevés. De façon générale, les tendances observées pour ce groupe sont semblables à celles du groupe précédent. Au cours d'une période de cinq années, 35 % des personnes très âgées n'ont pas été hospitalisées et 32 % du nombre total de jours d'hospitalisation sont attribuables à 4 % des personnes formant ce groupe.

De quelles ressources s'agit-il ?

Les journées d'hospitalisation peuvent varier considérablement du point de vue des ressources consommées par un patient. Il est difficile d'évaluer l'importance des écarts

en cause, notamment au Manitoba où le financement des services hospitaliers est établi suivant la méthode du budget global. Toutefois, même une comparaison sommaire des chiffres disponibles (qui n'excluent pas l'amortissement des immobilisations) révèle qu'en 1984-1985 la Commission des services de santé du Manitoba a versé, en moyenne, un montant annuel net de 50 000 $ par lit aux hôpitaux de 60 lits et moins et de 88 000 $ aux hôpitaux de 125 lits et plus. Les hôpitaux d'enseignement ont reçu le montant le plus élevé, soit 154 000 $ par lit. Les séjours dans certains types d'hôpitaux sont nettement moins coûteux que les séjours dans d'autres types d'établissements de soins, et les derniers jours d'un long séjour à l'hôpital sont presque toujours caractérisés par une moins forte consommation de ressources. Un long séjour suppose habituellement une proportion assez élevée de soins de garde.

Les personnes âgées sont hospitalisées plus fréquemment que les personnes plus jeunes mais, d'après les données du tableau 3-7, elles auront davantage tendance (notamment les personnes très âgées) à séjourner dans de petits hôpitaux pour une période de 31 jours et plus comportant en partie des soins de garde. Les hôpitaux d'enseignement ne représentent que 17,6 % des jours d'hospitalisation des personnes très âgées, plus de la moitié pour les petit hôpitaux des régions rurales. Les séjours prolongés, de 31 jours et plus, représentent 57,5 % des journées d'hospitalisation des personnes très âgées.

Tableau 3-7

Répartition des séjours à l'hôpital au cours d'une période de deux ans, par groupe d'âge, selon le genre d'hôpital et la durée du séjour, Manitoba, 1974-1976[1]

En pourcentage

	25 à 64 ans	65 à 84 ans	85 ans et plus
Genre d'hôpital :			
Hôpital d'enseignement	38,9	34,1	17,6
Autre grand hôpital (100 lits et plus)	38,6	31,6	26,7
Petit hôpital	22,5	34,5	55,8
Durée du séjour :			
1 à 6 jours	22,8	8,0	5,1
7 à 30 jours	53,0	46,0	37,4
31 jours et plus	24,2	46,1	57,5
Nombre de personnes	3 255	2 940	386

1 Les personnes qui ont séjourné dans un établissement de soins prolongés ou qui ont été hospitalisées à l'extérieur de la province sont exclues des données de ce tableau et des tableaux 3-8 à 3-11.

Utilisation des ressources hospitalières avant le décès

L'imminence du décès est l'une des principales causes du taux élevé d'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées (et les autres). Les données du tableau 3-8 sont tirées d'échantillons représentatifs de la population adulte de la province. Comme on peut le voir à la première colonne de gauche (qui ne porte que sur les personnes qui ont survécu), le nombre de jours d'hospitalisation augmente avec l'âge. En moyenne, les personnes de 25 à 64 ans sont hospitalisées durant 1,3 jour par année tandis que les personnes âgées de 85 ans et plus séjournent à l'hôpital 6,8 jours par année. Les quatre colonnes de droite indiquent l'utilisation des services hospitaliers au cours des quatre années qui précèdent le décès pour des personnes appartenant à divers groupes d'âge. Ces données permettent de faire trois observations importantes. Premièrement, le nombre de jours d'hospitalisation est plus élevé pour les personnes qui approchent de la mort – même quatre années avant le décès – qu'il ne l'est pour la population en général. L'écart le plus marqué se manifeste dans le groupe le plus jeune. Chez les personnes âgées de 25 à 64 ans, on observe en général 1,3 jour d'hospitalisation par année; ce taux monte à 6,0 jours au cours de la quatrième année avant le décès. Deuxièmement, la plus forte hausse du taux d'utilisation des services hospitaliers se produit au cours de la dernière année de vie. Le taux d'utilisation des services hospitaliers par les personnes qui approchent de la mort demeure plutôt stable au cours des quatrième, troisième et deuxième années précédant le décès, même s'il est plus élevé que chez les autres. Cependant, au cours de la dernière année de vie, il y a augmentation des jours d'hospitalisation pour tous les groupes d'âge : de 7,6 à 23,5 jours chez les personnes âgées de 25 à 64 ans et de 8,1 à 24,4 jours chez les personnes de 85 ans et plus. Troisièmement, la mort imminente contribue à réduire l'écart entre le nombre moyen de jours d'hospitalisation des trois groupes d'âge. Ainsi, même si le vieillissement entraîne une augmentation du nombre de jours d'hospitalisation (1,3 à 6,8 jours), il n'y a qu'un écart minime entre le nombre moyen de jours d'hospitalisation enregistrés un an avant le décès par les personnes âgées de 25 à 64 ans et les personnes de 85 ans et plus (23,5 et 24,4 jours, respectivement).

D'où provient la demande ?

Des facteurs autres que le besoin influent sur la probabilité d'être hospitalisé. Andersen (1968) et d'autres

Tableau 3-8

Utilisation des services hospitaliers au cours des quatre années qui précèdent le décès et dans un groupe ne comptant aucune personne décédée, selon l'âge[1], Manitoba

Nombre moyen de jours par année

	Personnes hospitalisées sans décès	Nombre d'années précédant le décès			
		4	3	2	1
25 à 64 ans	1,3	6,0	7,6	7,6	22,5
65 à 84 ans	3,8	7,1	9,4	10,6	32,0
85 ans et plus	6,8	9,5	9,9	8,1	24,4

1 L'âge indiqué dans le cas des personnes hospitalisées sans décès est celui qu'elles avaient en 1974 et, dans le cas des personnes décédées, l'âge au moment du décès, en 1975 ou en 1976. Les données sur l'utilisation des services hospitaliers en 1974-1975 portent sur les personnes hospitalisées sans décès (avant juillet 1976). Le nombre de personnes dans chaque groupe d'âge est le suivant : 1) personnes hospitalisées sans décès, de 25 à 64 ans, 3 218; de 65 à 84 ans, 2 689; 85 ans et plus, 276; 2) personnes décédées, de 25 à 64 ans, 285; de 65 à 84 ans, 2 067; 85 ans et plus, 1 261.

qui ont utilisé son modèle par la suite ont étudié le rapport entre les facteurs « habilitants » (par exemple, le revenu, les polices d'assurance et les ressources de la collectivité), les facteurs de prédisposition (dont l'âge, la classe sociale et la race) et le besoin de services de santé. Les études ont montré de façon systématique que le besoin était le principal facteur déterminant de l'hospitalisation et de l'utilisation des autres services de santé.

Toutefois, Wennberg (1985) a fait remarquer que ces études ne tiennent habituellement pas compte des conditions du marché local dans lesquelles les services sont dispensés. Des études portant sur la variation des taux d'hospitalisation entre diverses régions montrent que les caractéristiques de l'offre – par exemple, le nombre de lits d'hôpital disponibles et le style de pratique des médecins – expliquent en grande partie les différences marquées que l'on observe dans les profils d'hospitalisation (Wennberg et coll., 1982; Vayda et coll., 1984; Roos, 1984). L'étude de Vayda et coll. en Ontario et la nôtre au Manitoba ont fait ressortir que les profils de consommation des services de santé diffèrent beaucoup d'une région à l'autre à l'intérieur de la même province.

Au début des années 60, Roemer (1961, p. 36) a été un des premiers à constater qu'il existait un rapport entre le nombre de lits disponibles et le taux d'utilisation. Au Manitoba, le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes âgées de 25 ans et plus varie de 3,0 dans les régions où le nombre de lits d'hôpital est restreint à 5,2 dans les régions où la capacité d'accueil est élevée (tableau 3-9). Cette tendance est encore plus marquée chez les personnes très âgées pour lesquelles la durée d'hospitalisation observée sur une période de deux ans varie de 10,8 jours dans les régions où il y a peu de lits disponibles à 25,2 jours dans les régions où le nombre de lits d'hôpital est élevé.

Outre le besoin de soins de santé le style de pratique médicale semble être un autre facteur important qui influe sur la durée d'hospitalisation des personnes âgées. Bien que ce facteur semble jouer un rôle moins déterminant dans le cas des personnes de moins de 65 ans, les personnes très âgées dont le médecin principal se trouvait dans le quartile supérieur (affichant la plus forte propension à hospitaliser ses patients) ont séjourné plus longtemps à l'hôpital que celles dont le médecin se classait dans un quartile inférieur (tableau 3-10). Les patients très âgés des médecins classés dans le quartile supérieur ont ainsi été hospitalisés durant 21,0 jours, en moyenne, au cours d'une période de deux ans, comparativement à 13,6 jours pour ceux dont les médecins étaient classés dans le quartile moyen-inférieur. (Les analyses effectuées à ce jour donnent à penser que tous les malades, sauf les patients des médecins classés dans le quartile inférieur, affichent des résultats semblables en regard de diverses mesures de l'état de santé. Les patients des médecins du quartile inférieur semblent être en meilleure santé.)

Les données dont nous disposons nous amènent sans doute à sous-estimer le rapport entre le style de pratique des médecins et l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées. Les résultats des études portant sur la variation du taux d'hospitalisation d'une petite région à une autre indiquent que l'incidence du style de pratique médicale est mieux mis en relief par les variations du taux d'hospitalisation pour des conditions spécifiques. Donc, bien que deux régions puissent avoir des taux semblables (l'objet de notre mesure), ces résultats peuvent correspondre à des profils très différents de services hospitaliers.

Tableau 3-9

Utilisation des services hospitaliers au cours d'une période de deux ans, selon le nombre de lits disponibles dans la région de résidence, Manitoba, 1972-1974

Nombre moyen de jours par personne

	Nombre de lits par 1 000 habitants		
	Moins de 5	De 5 à 7,9	8 et plus
25 ans et plus	3,0	3,9	5,2
25 à 64 ans	2,2	2,3	3,5
65 à 84 ans	7,0	8,6	9,4
85 ans et plus	10,8	20,3	25,2

Tableau 3-10

Utilisation des services hospitaliers, selon le classement du médecin principal dans un indice de propension à hospitaliser en fonction de la composition de la clientèle, Manitoba, 1972-1974

Nombre moyen de jours par personne

	Quartile dans lequel est classé le médecin principal			
	Inférieur	Moyen-inférieur	Moyen-supérieur	Supérieur
25 ans et plus	2,3	3,3	3,1	4,7
25 à 64 ans	2,0	2,3	2,0	3,0
65 à 84 ans	4,1	5,7	6,1	10,2
85 ans et plus	6,1	13,6	17,4	21,0

Dans une des régions, le taux élevé d'hospitalisation peut être attribuable à un nombre élevé d'ablations de la prostate, tandis que dans l'autre, il peut être imputable à de fréquentes hospitalisations pour des troubles respiratoires.

L'incidence d'un facteur donné sur les ressources limitées de notre système de soins de santé dépend de la mesure dans laquelle ce facteur influe sur l'utilisation des services et est répandu dans l'ensemble du système. Les données du tableau 3-11 laissent à penser que les malades très âgés ont attiré davantage l'attention en raison du taux d'hospitalisation élevé parmi ce groupe comparativement aux autres groupes d'âge (les personnes âgées de 85 ans et plus ont été hospitalisées en moyenne 14,9 jours, contre 3,2 jours pour les autres groupes). Vu le petit nombre de personnes qui atteignent cet âge (4 666[2] personnes au Manitoba en 1974), le fardeau global qu'elles représentent pour le système de soins de santé (en nombre de jours-lits) est moins grand que celui attribuable aux patients des médecins qui ont une forte propension à hospitaliser ou à ceux qui demeurent dans une région où il y a un nombre élevé de lits d'hôpital. Par conséquent, même si le nombre de jours d'hospitalisation des patients de médecins ayant une forte propension à hospitaliser ne dépasse que de 62 % celui des patients de médecins chez qui cette propension est moins grande (4,7 jours contre 2,9 jours), il n'en reste pas moins qu'environ le quart de la population est soigné par les médecins qui ont tendance à hospitaliser leurs patients (ceux qui sont classés dans le quartile supérieur). Toute accentuation de la propension des médecins à hospitaliser les malades aura un effet beaucoup plus marqué sur le système de soins de santé qu'un changement dans le nombre de personnes très âgées.

Conclusion

À l'heure actuelle, des pressions croissantes s'exercent sur les planificateurs et les responsables des politiques pour les inciter à comprimer les coûts des services de

Tableau 3-11

Comparaison de l'utilisation des services hospitaliers selon l'âge, la propension des médecins à hospitaliser et le nombre de lits d'hôpitaux, Manitoba, 1972-1974[1]

	Nombre moyen de jours d'hospitalisation au cours de deux années	Nombre de personnes	Nombre total de jours d'hospitalisation
85 ans et plus	14,9	4 666	69 520
25 à 84 ans	3,2	334 174	1 069 358
Patients de médecins ayant :			
– une propension élevée à hospitaliser	4,7	74 375	349 562
– une faible propension à hospitaliser	2,9	272 178	789 316
Lits d'hôpitaux dans la région (par 1 000 habitants) :			
8 et plus	5,4	24 980	134 891
5 à 7,9	4,1	54 803	224 694
Moins de 5	3,0	254 888	764 665

1 Pour les fins de ce tableau, l'échantillon a été pondéré de façon à refléter les données pour l'ensemble de la population. Les chiffres correspondant à l'échantillon sont les suivants : 85 ans et plus, 204; 25 à 84 ans, 4 360; forte propension à hospitaliser, 1 301; faible propension, 3 533; 8 lits et plus, 470; de 5 à 7,9 lits, 996; moins de 5 lits, 3 290. Les données du tableau ne tiennent pas compte des personnes dont le médecin principal a une clientèle réduite (probabilité d'hospitaliser 15 patients ou moins) ni des personnes qui ont séjourné dans un établissement de soins psychiatriques ou qui ont été hospitalisées à l'extérieur de la province.

santé. L'hospitalisation est certes la composante la plus coûteuse et celle qui consomme la plus grande part du budget. Pour cette raison, on accorde une très grande attention aux moyens de restreindre le nombre de lits d'hôpital et d'utiliser avec la plus grande efficacité les installations existantes. Il est donc nécessaire que les personnes qui sont appelées à prendre des décisions comprennent les facteurs qui influent sur l'utilisation des services hospitaliers et en tiennent compte, notamment dans le cas des personnes âgées, le segment de la population qui affiche la croissance la plus rapide.

Le besoin est considéré comme le principal facteur déterminant de l'utilisation des services hospitaliers et il est à prévoir que les personnes âgées mettront davantage de temps que les personnes plus jeunes à se rétablir d'affections aiguës. Dans la présente étude, nous avons utilisé un certain nombre d'indicateurs plutôt sommaires pour mettre en relief certaines caractéristiques des consommateurs et des fournisseurs de services qui peuvent avoir des répercussions importantes du point de vue de la politique des soins de santé.

Les personnes âgées qui utilisent beaucoup les services hospitaliers ne constituent qu'un très petit groupe et leur nombre est encore moins élevé lorsqu'on considère séparément les personnes qui sont subséquemment décédées. Des programmes différents et moins coûteux, axés sur les survivants âgés qui sont hospitalisés durant de longues périodes, pourraient laisser entrevoir un rendement élevé. Toutefois, les avantages réels risquent d'être moins importants que prévu et ce, pour trois raisons. Premièrement, les longs séjours à l'hôpital surviennent le plus souvent dans de petits hôpitaux où la responsabilité des lits ne pose pas de problème et où les coûts sont relativement faibles. Deuxièmement, les personnes âgées qui sont hospitalisées pour une période prolongée requièrent davantage des soins de garde que des soins intensifs. Ainsi, les résultats d'études récentes portant sur des cas d'hospitalisation pour athérosclérose révèlent que les personnes âgées, notamment celles qui ont 80 ans et plus, séjournent généralement plus longtemps à l'hôpital mais subissent moins d'interventions que les personnes plus jeunes (Garnick et Short, 1985). Troisièmement, les soins de garde fournis dans d'autres genres d'établissements ou à domicile ne sont pas nécessairement moins coûteux pour les personnes âgées qui vivent seules et qui auraient besoin de surveillance ou de soins constants. Néanmoins, les avantages de tels programmes pourraient être considérables, spécialement dans les régions où le nombre de lits disponibles est limité.

Le vieillissement, en soi, contribue à une plus forte utilisation des services hospitaliers, mais l'imminence du décès est un facteur beaucoup plus important, surtout au cours de la dernière année de vie. Cela est d'ailleurs vrai pour tous les adultes, quel que soit leur âge. Ainsi, même si des programmes axés sur les survivants âgés qui utilisent beaucoup les services hospitaliers laissent entrevoir la possibilité de réduire les coûts, des solutions nouvelles et moins coûteuses pour dispenser des traitements aux malades adultes qui sont en phase terminale peuvent s'avérer particulièrement rentables, surtout lorsqu'ils surviennent au cours de la dernière année de vie.

Malheureusement, il existe très peu d'information au sujet des personnes âgées survivantes qui nécessitent de nombreuses journées d'hospitalisation ou des personnes mourantes – de toute catégorie d'âge – qui requièrent un nombre encore plus grand de journées d'hospitalisation (Lubitz et Prihoda, 1984). Sans ces renseignements, il est très difficile d'orienter les programmes de façon efficace. Les affectations dont souffrent les personnes âgées survivantes sont-elles si complexes, si difficiles à traiter ou si différentes de celles des autres personnes âgées qu'elles nécessitent un long séjour à l'hôpital ou un transfert à un autre établissement de soins intensifs ? Leur situation sociale (par exemple, le mode de logement) est-elle le principal facteur qui empêche ou retarde leur retour à domicile ? Leur santé est-elle si fragile qu'elles mettent plus de temps à se rétablir que les autres personnes âgées ?

La principale difficulté qui se pose dans le cas des personnes qui meurent est que bon nombre d'entre elles ne sont pas manifestement en phase terminale (Scitovsky, 1985). En outre, dans le cas des personnes qui sont effectivement en phase terminale (par exemple, les malades atteints d'un cancer du poumon), les études effectuées jusqu'à maintenant révèlent que les séjours dans des établissements de soins – surtout réservés aux adultes plus jeunes dans certains endroits – ne sont pas moins coûteux que les séjours à l'hôpital (Kane et coll., 1984). Quoi qu'il en soit, la Health Care Financing Administration des États-Unis subventionne présentement des projets visant à étudier de façon plus systématique les coûts et les avantages en cause. Ces études et d'autres nous permettront peut-être de déterminer la cause des longs séjours à l'hôpital des personnes mourantes et les services qui leur sont fournis. Nous devons également trouver réponse à d'autres questions. Par exemple, les services hospitaliers requis par les personnes âgées qui approchent de la mort diffèrent-ils de ceux dont ont besoin les personnes plus jeunes qui sont dans la même condition ? Les personnes très âgées nécessitent-elles des services différents de ceux qui sont requis par les personnes âgées ? Puisque les adultes plus jeunes sont plus nombreux que les personnes âgées, à quels secteurs serait-il préférable de réaffecter les ressources s'il était nécessaire d'exercer des choix ? La recherche permettant

d'élucider ces questions et d'autres qui s'y rattachent est une condition préalable à la planification et à la prise de décisions éclairées en matière de soins hospitaliers.

L'accroissement du nombre de personnes très âgées ne devrait pas détourner les décideurs des autres dimensions importantes de l'utilisation des services de santé par les personnes âgées. Les lits d'hôpitaux seront vraisemblablement utilisés s'ils sont disponibles. La fermeture des petits hôpitaux à faible coût n'est pas nécessairement une solution souhaitable, à moins qu'il soit possible de résister aux pressions en vue de l'expansion des hôpitaux plus grands et plus coûteux. Shepard (1983) a étudié les répercussions, sur l'ensemble du système, de la fermeture d'un hôpital peu utilisé au Massachusetts. L'étude a révélé qu'il y aurait une faible hausse des coûts annuels engendrés par les patients de la région nécessitant une hospitalisation, puisque les coûts moyens à cet hôpital étaient peu élevés et que bon nombre de patients allaient vraisemblablement devoir se faire traiter à des hôpitaux d'enseignement beaucoup plus coûteux.

Enfin, le médecin est celui qui décide de l'hospitalisation d'un malade. Par conséquent, la façon dont chacun pratique la médecine a une incidence directe sur le profil d'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées. La propension d'un médecin à hospitaliser ses patients reflète en partie l'élasticité de l'offre de lits d'hôpitaux[3]. Toutefois, la mesure du style de pratique d'un médecin tient compte de la composition de sa clientèle; il n'y a aucune indication à l'effet que la forte propension d'un médecin à hospitaliser ses malades soit associée à des résultats plus favorables. En fait, le risque élevé d'infections et de chutes que courent les personnes âgées hospitalisées nous porterait à penser le contraire (Gillick et coll., 1982).

Les différences observées dans la façon de pratiquer la médecine peuvent être le reflet de l'incertitude inhérente au diagnostic et au traitement à prescrire (Wennberg et coll., 1982; Garber et coll., 1984). Ces incertitudes peuvent être encore plus difficiles à dissiper lorsqu'il s'agit de personnes âgées susceptibles de présenter des symptômes multiples. Les raisons pour lesquelles les médecins ont une forte ou une faible propension à hospitaliser leurs patients ne sont pas évidentes. Toutefois, l'incidence d'une forte propension à hospitaliser les malades sur le nombre de jours d'hospitalisation est plus importante que celle attribuable au groupe des personnes très âgées, en raison de la taille relative de chacun des deux groupes en cause. Si l'on prend les données du tableau 3-11, par exemple, une hausse de 10 % du nombre de personnes très âgées entraînerait une augmentation d'environ 6 952 jours d'hospitalisation tandis qu'une hausse de 10 % du nombre de médecins enclins à hospitaliser ferait croître les besoins dans une proportion de 34 956 jours. Un accroissement du nombre de lits disponibles donne lieu à des résultats comparables.

Tout comme les démographes qui ont prévu la croissance de la cohorte des personnes très âgées, les économistes spécialisés dans le domaine de la santé nous préviennent depuis longtemps de l'incidence que peut avoir sur les taux d'utilisation la croissance continue de l'offre de médecins au Canada. Si l'offre de médecins au Manitoba devait s'accroître de 10 % et que les médecins devaient continuer à hospitaliser leurs patients à peu près au même taux qu'auparavant (deux hypothèses fort plausibles), on observerait une augmentation des besoins de l'ordre de 113 888 lits d'hôpital. Roch et coll. (1985) ont récemment montré dans quelle mesure la combinaison de l'offre accrue de médecins et du style de pratique professionnelle peut influer sur les dépenses au titre des soins de santé au Manitoba.

Les efforts doivent d'abord viser à contenir l'offre de médecins et, ensuite, à préciser les raisons pour lesquelles certains médecins ont une plus forte propension que d'autres à hospitaliser leurs patients. Puisque la propension à hospitaliser se mesure beaucoup plus par le taux d'admission que par la durée du séjour, le recours à des comités d'examen des admissions dans les hôpitaux – surtout ceux qui se trouvent dans des régions où le rapport lits-population est faible – contribuerait peut-être à solutionner le problème (Greene, 1984).

Bref, même si les malades âgés sont hospitalisés plus fréquemment et plus longtemps que ne le sont les adultes plus jeunes, il y a eu exagération de l'incidence réelle, au niveau des coûts, de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées. Cette amplification de la réalité semble avoir détourné l'attention des décideurs et des planificateurs d'autres facteurs clés (l'offre de médecins, le nombre de lits disponibles et le style de pratique professionnelle) qui exercent tous une influence sur l'utilisation des services de santé les plus coûteux (c'est-à-dire les hôpitaux). L'accroissement du nombre de personnes âgées n'entraîne pas inévitablement une augmentation de la demande pour les lits d'hôpitaux. Par ailleurs, si l'offre de médecins continue de croître, il est certain que cette augmentation sera à l'origine d'un besoin *apparent* d'expansion du réseau hospitalier.

Discussion générale

Question : *Pourriez-vous faire quelques commentaires sur l'hébergement, c'est-à-dire l'hébergement social et l'hébergement dans des foyers spéciaux, en tant que facteur important qui limite l'offre et la demande de services ?*

Réponse : Spontanément, je vous répondrai que ce type d'hébergement est très important. Pour ceux qui ne connaissent pas cette formule, je dirais qu'il s'agit d'un type d'hébergement à l'intention des personnes âgées dans lequel le client reçoit la visite d'un surveillant, certains soins à domicile et dispose d'un système d'alarme en cas d'urgence. Le fait de maintenir les personnes âgées dans le secteur social plutôt que dans le secteur des soins médicaux peut se révéler économique, même lorsque les services exigent beaucoup de main-d'œuvre.

Question : *Selon certains rapports, chaque hiver, un nombre considérable de personnes âgées meurent d'hypothermie en Grande-Bretagne. Le fait que peu de personnes âgées soient placées en établissement et que les taux de mortalité soient relativement élevés signifie-t-il qu'il y a une certaine négligence ?*

Réponse : En réalité, très peu de personnes meurent d'hypothermie, mais il reste qu'il s'agit d'un problème qu'il ne faut pas minimiser. Il est toutefois intéressant de souligner que les nouvelles formules de soins sont prévues dans le cadre de politiques axées sur les besoins. Elles répondent mieux aux besoins des personnes âgées que les soins prolongés dispensés dans les établissements hospitaliers.

Question : *Les prévisions étaient-elles erronées, c'est-à-dire lorsqu'on affirmait que même si l'on venait à bout des maladies de la vieillesse, l'espérance de vie ultime ne dépasserait guère 80 ou 90 ans et que la maladie ne surviendrait que pendant les dernières années de la vie ?*

Réponse : Nous avons presque atteint cette échéance théorique de la vie. Il semble toutefois possible de repousser encore l'échéance, et il ne faudrait pas abandonner l'espoir de prolonger la vie encore davantage. Pour ce qui est de retarder la survenue de la maladie, nous devons accepter que cela ne se produira pas du jour au lendemain. Un grand nombre d'incapacités occasionnées par le vieillissement, par exemple l'arthrite, ne constituent pas en soi une menace à la vie, mais il nous faudra déployer beaucoup d'efforts afin d'en venir à bout.

Question : *Lorsque les clients âgés des médecins qui sont des tenants de l'hospitalisation font des séjours prolongés dans des petits établissements, faut-il parler de négligence ou de soins de qualité supérieure ?*

Réponse : Il n'y a rien dans la littérature qui semble indiquer qu'un style d'exercice axé sur l'hospitalisation soit bon pour les personnes âgées, surtout celles qui deviennent désorientées lorsqu'elles sont sorties de leur milieu familier. Il nous faut nous pencher sur les besoins en services hospitaliers des personnes âgées. L'image « d'accapareur de lit » qu'a le vieillard dans les hôpitaux d'enseignement crée une atmosphère très mauvaise et constitue donc un problème auquel il faut s'attaquer.

Aux États-Unis, on commence à peine à mener des recherches sur la conduite thérapeutique à appliquer à une maladie particulière à un « âge-patient » donné. Si l'on examine les modes de traitement de certains types de cancers, on voit qu'il se produit un phénomène étonnant à l'âge de 70 ans. En effet, le nombre de traitements appliqués à cet âge diminue de moitié. Il est difficile de croire que le besoin de traitement fléchit de façon aussi marquée à l'âge de 70 ans. Certaines des maladies ne sont pas une conséquence naturelle du vieillissement, et peut-être faudrait-il dispenser davantage de soins aigus aux personnes âgées.

Question : *Lorsqu'on conçoit une stratégie efficace de prestation de soins aux personnes âgées, il faut choisir entre la prise en charge communautaire par les membres de la famille et le placement en établissement. Quels types d'encouragements financiers faudrait-il prévoir si l'on veut éviter qu'il y ait un recours excessif aux établissements ou encore que les médecins partisans du « placement » jouent un rôle prépondérant ?*

Réponse : Le recours systématique à l'hospitalisation semble attribuable à deux causes. La première est que certains médecins hospitalisent généralement leurs patients pour leur faire subir des interventions qui auraient très bien pu être effectuées en consultation externe. La deuxième tient au fait que les médecins ne s'entendent pas en ce qui concerne l'efficacité de certaines thérapeutiques de même que les risques qui y sont associés. Il nous faut obtenir plus d'information à cet égard et diffuser ces connaissances plus largement dans la collectivité.

En Grande-Bretagne, la réponse à cette question consiste en une division formelle entre les soins et les traitements. La plupart des services sociaux assurent le soutien des soins non structurés afin de faire en sorte que les soins en milieu familial ne soient pas exploités par le secteur des soins structurés. Les médecins jouent un rôle primordial, mais ils ne sont pas la plaque tournante des services structurés et non structurés.

Il est bien évident que si l'on a une réduction significative des soins non structurés, il sera impossible de fournir les soins structurés au même coût. Il faut fournir des encouragements efficaces, peut-être des encouragements fiscaux, aux personnes qui dispensent des soins non structurés. Les stratégies de remboursement peuvent être des stimulants puissants, surtout lorsqu'elles sont alliées à des indicateurs pronostics et conçus de manière à accroître l'efficacité du service. Aux États-Unis,

nous avons vu que la nouvelle stratégie de remboursement fondée sur les catégories de diagnostics a contribué à réduire considérablement non seulement la durée des séjours, mais encore les taux d'hospitalisation. Le premier *round* se sera soldé par un certain accroissement de l'efficacité. Exercer des pressions encore plus fortes sur le réseau hospitalier pourrait toutefois entraîner des problèmes sur le plan de la qualité des soins.

L'un des meilleurs exemples de la non-prestation de soins aux personnes âgées en Angleterre est une politique officielle en vertu de laquelle les personnes de 55 ans ou plus qui sont atteintes de déficience rénale aiguë n'ont pas accès à l'hémodialyse. Ces décisions sont prises par les médecins travaillant dans le secteur hospitalier et non par les médecins œuvrant dans la communauté. Laisser les gens mourir devient donc une façon de rationner les services hospitaliers.

Si l'on apprenait aux gens à recourir aux services communautaires plutôt qu'aux services hospitaliers, on encouragerait ainsi les personnes âgées à rester chez elles où elles pourraient recevoir des soins adéquats plutôt que d'être hospitalisées.

Question : *À l'exception peut-être de Kenneth Manton, à peu près tous les intervenants s'entendaient pour dire que, dans l'avenir, les personnes âgées auront davantage besoin de services sociaux que de soins médicaux. Le problème sous-jacent n'est-il pas celui d'un excédent de médecins, et n'y a-t-il pas d'autre stratégie pour l'avenir que l'affrontement ?*

Réponse : On risque ici de faire fausse route en croyant que la profession médicale est systématiquement et radicalement opposée aux solutions dites communautaires. Voilà qui est faux. Aux Pays-Bas, les services médicaux et les services sociaux sont bien intégrés. Si le Canada est en voie de développer la nouvelle profession de la gériatrie, c'est donc maintenant le moment idéal de déterminer l'orientation à lui donner.

Il est peu probable qu'un grand nombre de médecins se retrouveront dans la rue, mais ils pourraient voir leurs honoraires et leurs revenus fléchir considérablement, surtout si vous optez pour la formule de la coopérative de santé (*health maintenance organization*).

En outre, un grand nombre de personnes âgées au Canada ainsi qu'aux États-Unis auraient sans doute intérêt à subir un examen médical sérieux par un médecin.

Nous avons encore des expériences à faire dans ce domaine. Il nous faut établir si le système d'encouragements doit être axé sur les médecins ou sur les établissements. Aux États-Unis, nous avons opté en faveur d'encourager les établissements, et il nous faudra peut-être payer la rançon de ce choix.

Question : *Selon les données du docteur Roos, les personnes âgées qui demeurent dans les régions rurales du Manitoba reçoivent des soins prolongés dans le réseau des soins aigus. Pour sa part, le docteur Walker a affirmé que les soins communautaires sont efficaces s'ils sont dispensés de façon adéquate. Si l'on jette un coup d'œil à l'expérience acquise aux États-Unis, on se rend compte que ce type de soins n'est jamais dispensé de façon rentable. Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas compris ou n'est-il pas réaliste de se préoccuper de la rentabilité lorsqu'on substitue les soins communautaires aux soins hospitaliers ?*

Réponse : Il est vrai qu'il existe un problème aux États-Unis en ce sens que les personnes âgées ne peuvent pas être sorties des hôpitaux de court séjour pour être réorientées vers les soins communautaires parce qu'il n'y a pas de régime équitable d'assurance.

Au Manitoba, l'adoption d'un régime universel d'assurance il y a 14 ans semble avoir réglé ce problème. On note cependant que les journaux parlent continuellement de l'engorgement des hôpitaux de soins aigus, et la situation semble empirer de jour en jour. Les auteurs d'une étude récente ont conclu que le programme de centres d'hébergement du Manitoba ne faisait que faire augmenter les coûts. Le recours aux hôpitaux de court séjour n'est pas inférieur mais, au contraire, il est supérieur à ce qu'il est dans le reste du pays.

Cette constatation diffère de l'expérience vécue en Grande-Bretagne, où les données semblent indiquer que ce type de substitution entraîne une réduction des coûts totaux. Étant donné que les services offerts dans le cadre du service national de santé ont été coupés et que les services n'étaient tout simplement plus dispensés par le secteur public, on a assisté à la multiplication des centres d'hébergement privés. De plus en plus de données semblent indiquer qu'il y aura une substitution directe des soins en établissement par un programme communautaire de foyers pour personnes âgées. L'une des initiatives à Sheffield a été la création de services sociaux conçus spécialement pour empêcher que les personnes âgées ne soient placées en établissement tant qu'elles ne souhaitent pas l'être.

Quoi qu'il en soit, il importe de souligner le fait qu'il nous faudrait mettre l'accent davantage sur l'efficacité des soins que sur la rentabilité. La question de savoir si l'on continuera à engager les ressources sanitaires de la même façon que par le passé ou si l'on optera pour une optique nouvelle demeure toutefois une question politique.

4 Les diverses façons de prodiguer les soins de santé

Duncan Robertson

Nous avons tout au plus quelques années devant nous pour organiser et mettre en œuvre un système de soins de santé qui, tout en étant à la fois humain, efficace et bien adapté à nos moyens financiers, sera susceptible de satisfaire les multiples besoins de notre population vieillissante. Bien que, dans de nombreux autres pays industrialisés, il soit plus important en nombre et en pourcentage, le groupe des personnes âgées – notamment celui des personnes très âgées – s'accroît plus rapidement au Canada. Nous ne connaissons que trop bien les conséquences de l'accroissement du nombre de personnes âgées sur un régime de soins de santé qui n'a pas été conçu pour répondre à leurs besoins : longues listes d'attente dans les établissements de soins prolongés et encombrement des hôpitaux attribuable à la présence de patients qui attendent d'y être transférés.

Cependant, ce ne sont là que des symptômes et si – en médecine comme en planification de soins de santé – nous ne cherchions à traiter un malaise qu'en fonction des symptômes, nous ne ferions que temporiser pendant que la situation se corrige d'elle-même ou atténuer le mal dans l'attente du dénouement inévitable. Une solution radicale exige de connaître les causes du malaise et l'interaction des divers éléments du système. Là s'arrêtent toutefois l'analogie entre la médecine clinique et la planification des soins de santé, puisque les interventions médicales entraînent rarement un réaménagement complet des éléments du système et de leur interaction, tandis que l'on peut envisager, en théorie du moins, des changements plus fondamentaux dans la planification des soins de santé.

Par le passé, on a eu largement recours, au Canada, à l'hospitalisation ou au placement en établissement pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes en matière de soins de santé. Nous devons maintenant faire face à un accroissement du nombre de personnes âgées avec des ressources limitées, ce qui nous contraint à faire un examen sérieux des moyens par lesquels nous avons répondu à leurs besoins jusqu'ici. En premier lieu, il est nécessaire d'évaluer la nature et l'étendue des problèmes d'incapacité parmi la population âgée.

Épidémiologie de l'incapacité

L'incapacité mentale ou le mauvais fonctionnement d'un organe se manifeste généralement par l'apparition de certains signes ou symptômes. À l'instar d'autres enquêtes portant sur l'incapacité, celle effectuée par le gouvernement du Canada (1981) a révélé que les personnes âgées étaient plus souvent atteintes d'incapacité (35 jours par personne par année comparativement à 15 jours pour celles âgées de 15 à 64 ans). Il se peut que le nombre de jours d'incapacité déclaré ne donne pas une image complète de la gravité du problème parmi la population âgée étant donné que la société exige moins des personnes retraitées et n'attend pas d'eux le même rendement.

La mesure dans laquelle une personne âgée a besoin d'aide pour accomplir les gestes de la vie quotidienne constitue un meilleur indicateur de l'état de santé. Une personne incapable d'accomplir seule l'une quelconque des activités quotidiennes essentielles dépend, en fin de compte, des autres. Si des prestateurs de soins, structurés ou non, œuvrant dans la collectivité peuvent satisfaire les besoins des personnes dépendantes, il est alors possible d'envisager le recours aux services communautaires. Par contre, si la collectivité n'est pas en mesure de prêter assistance aux personnes dépendantes pour des activités essentielles comme s'habiller, prendre un bain, manger et faire sa toilette, il faut habituellement faire admettre sans délai ces personnes dans un établissement de soins prolongés ou dans un hôpital.

Selon des données recueillies aux États-Unis sur le nombre de personnes âgées vivant au sein de la collectivité et ayant besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne, une proportion inférieure à 3 % de la population âgée de moins de 75 ans a besoin d'aide pour s'habiller, prendre un bain, manger et faire sa toilette. Cependant, dans les deux tranches d'âge suivantes – 75 à 84 ans et 85 ans et plus – la proportion de personnes dépendantes est beaucoup plus élevée. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus vivant au sein de la collectivité, 18 % avaient besoin d'aide pour s'habiller, 11 % pour prendre un bain, 7 % pour faire leur toilette et 4 % pour manger[1]. Au Canada, une étude menée sur l'état de santé des personnes âgées qui avaient leur propre domicile a révélé que 2,6 % d'entre elles dépendaient d'autrui pour prendre un bain, 1,4 % pour s'habiller, 0,4 % pour manger et 0,5 % pour faire leur toilette. En Saskatchewan, 3,9 % des personnes âgées ne vivant pas dans des établissements spécialisés avaient besoin d'aide soit pour se déplacer, s'habiller, aller aux toilettes, manger, soigner leur apparence ou assurer leur hygiène

corporelle. En tenant compte des personnes qui dépendent de quelqu'un d'autre pour préparer les repas, effectuer les travaux ménagers et gérer leurs finances parce qu'ils n'accomplissent habituellement pas ces tâches, on arrive à un total d'un peu plus de 19 % des personnes âgées vivant chez elles qui reçoivent de l'aide en regard d'au moins une des activités de la vie quotidienne. La même étude montre que le pourcentage de personnes qui dépendent d'autrui dans la vie de tous les jours augmente avec l'âge : il est de 13,2 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, 24,5 % chez celles âgées de 75 à 84 ans et il dépasse 50 % chez les plus de 85 ans. Aucune différence notable n'a été relevée entre les sexes (Stolee et coll., 1982).

Afin d'évaluer correctement les besoins au chapitre des services de santé et des services sociaux à partir des résultats des enquêtes effectuées sur l'incapacité, il faut avoir des renseignements sur les prestateurs de soins informels de même que sur les services de soutien structurés qui existent. Il est généralement reconnu que les personnes âgées résidant dans des établissements de soins prolongés ne représentent qu'une fraction de la population âgée qui a besoin d'être aidée.

Les données sur l'utilisation des hôpitaux et des établissements de soins prolongés ne donnent qu'une image fragmentaire de l'état de santé de la population et, pourtant, des décisions portant sur des dépenses de plusieurs millions de dollars peuvent être prises à partir des données disponibles sur les profils d'utilisation actuels. Les personnes âgées peuvent être obligées de prolonger leur séjour à l'hôpital non seulement parce que leur état de santé l'exige, mais aussi parce qu'il faut beaucoup de temps pour obtenir une place dans les établissements de soins de longue durée. Les listes d'attente de ces institutions ne reflètent peut-être pas toujours fidèlement les besoins de la collectivité puisqu'il peut arriver que des patients y soient admis à tort, souffrant de problèmes de santé guérissables, ou encore prématurément, puisqu'ils n'ont pas épuisé toutes les autres possibilités offertes par les services de santé communautaires. Après avoir procédé à un examen des dossiers médicaux d'une centaine de personnes âgées ayant présenté une demande d'admission dans un établissement de soins prolongés, Brocklehurst et coll. (1978) ont constaté que plusieurs de ces personnes souffraient d'une maladie guérissable qu'elles n'avaient pas déclarée, et que 16 % d'entre elles pouvaient avoir accès à des soins de santé autres que ceux dispensés dans ces établissements.

La publicité qui entoure la question des longues listes d'attente pour l'admission dans les centres d'hébergement incite les personnes âgées et leur famille à soumettre des demandes dans divers établissements plusieurs années à l'avance. Comme la plupart des établissements font une sélection parmi les postulants et cherchent à maintenir un taux d'occupation de près de 100 %, ils ne sont pas en mesure de répondre rapidement aux situations d'urgence qui peuvent survenir dans la collectivité. Par conséquent, le service des urgences de l'hôpital – prêt à intervenir 24 heures sur 24 – est le premier à subir les conséquences d'une mauvaise planification des services de santé et de soutien destinés à répondre aux besoins des personnes âgées. Dans le présent exposé, nous démontrerons le bien-fondé d'autres modes de prestation des soins aux personnes âgées en nous appuyant sur les résultats d'études menées en Amérique du Nord, au Royaume-Uni et ailleurs qui ont abordé la question de l'efficacité et des ratios coût-efficacité. Lorsque cela sera approprié, nous ferons mention des pratiques pertinentes en vigueur au Canada.

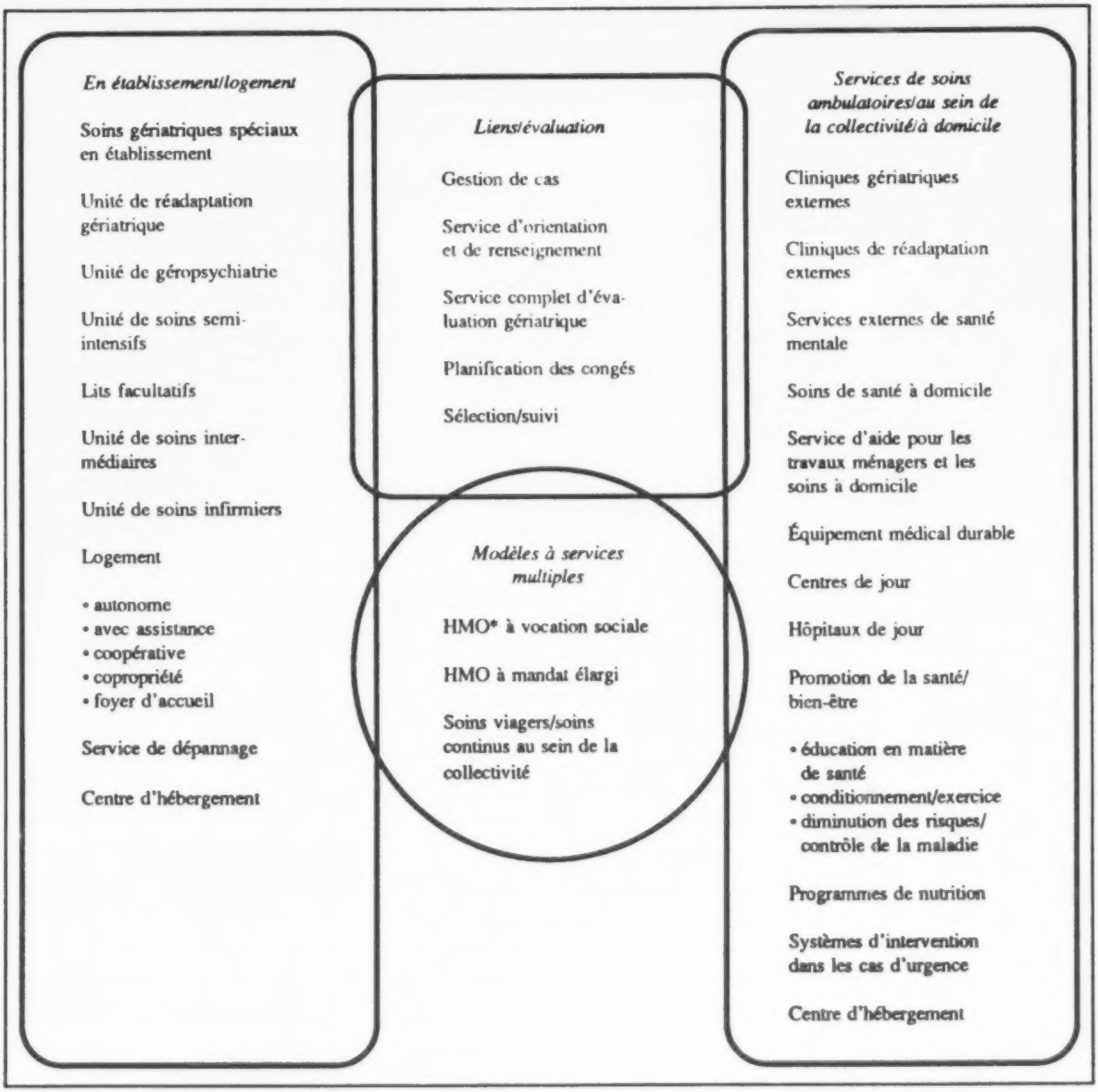
Les auteurs du rapport d'un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1974) sur la planification et l'organisation des services de gériatrie ont fait remarquer que, dans de nombreux pays, ces services se développaient au gré des besoins perçus, à l'initiative de divers organismes peu soucieux de se consulter, de coordonner leurs activités et de collaborer entre eux. En 1986, c'est la situation qui prévaut encore dans de nombreuses régions au Canada, bien que l'on admette de plus en plus la nécessité de coordonner ces services.

De nombreuses tentatives ont été faites par le passé en vue de répertorier les programmes et les services qui touchent la vie et la santé des personnes âgées, et de trouver une façon d'intégrer ces activités d'une manière fonctionnelle. Beaucoup d'initiatives de ce genre ont été prises en Grande-Bretagne, mais elle n'ont qu'une application limitée dans le contexte nord-américain. Cependant, dans une publication récente, le Hospital Research and Educational Trust (1984) des États-Unis a présenté un schéma des services offerts en établissement, des services de logement, des services ambulatoires, ainsi que des services de dépannage et de soins à domicile qui sont nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées. Nous avons reproduit ce schéma à la figure 4-1. Des services de gestion de cas et des services complets d'évaluation gériatrique font le lien entre ces divers services et seront examinés en détail plus loin.

Les services de « soins prolongés » englobent toute la gamme des services médicaux et sociaux qui sont destinés à répondre aux besoins des personnes âgées, atteintes d'une maladie chronique, fragiles et dépendantes au chapitre des soins de santé, des soins personnels et des rapports sociaux. L'expression « soins prolongés » ne désigne plus seulement les soins en établissement, mais inclut les services de diagnostic, de prévention, de traitement, de réadaptation, de soutien et d'entretien

Figure 4-1

Gamme des services de soins intensifs et de soins prolongés à l'intention des personnes âgées



**Health maintenance organization.*
SOURCE U.S. Hospital Research and Educational Trust (1984).

dispensés en établissement ou non (American College of Physicians, 1984).

Le Hospital Research and Educational Trust a défini les éléments essentiels d'un système de soins prolongés comme étant les soins intensifs, les soins primaires, les soins en établissement, les soins de santé à domicile et la gestion des cas. Nous ajouterons quelque peu à ces divers domaines dans le présent document. Ainsi, nous traiterons de l'évaluation gériatrique dans la partie consacrée aux soins intensifs et nous discuterons des services de réadaptation gériatrique et de dépannage ainsi que des

programmes de jour dans la partie portant sur les établissements de soins prolongés – auxquels nous attribuons un mandat plus vaste. Nous examinerons différents types de soins de santé à domicile et, enfin, nous jetterons un coup d'œil sur l'expérience acquise au Canada et aux États-Unis en matière de gestion des cas, comme moyen de coordonner et d'intégrer les soins. Bien que les soins primaires et les services de prévention soient des éléments essentiels d'un système de soins prolongés, nous ne leur accorderons pas une attention particulière puisqu'ils entrent plus naturellement dans le cadre d'autres travaux qui seront présentés au cours de cet atelier.

Les hôpitaux de soins spécialisés

S'adapter à la réalité et recourir à une planification innovatrice en matière de soins de santé

Les professionnels de la santé impliqués dans la prestation de soins aux personnes âgées considèrent que les hôpitaux spécialisés sont une des composantes du système de soins prolongés mis à la disposition des personnes âgées, mais les administrateurs d'hôpitaux et d'autres professionnels ne partagent pas toujours cette opinion. Il arrive trop souvent que ces derniers considèrent que la prestation de soins hospitaliers adéquats à un nombre croissant de personnes âgées – dont certaines demeurent à l'hôpital en attendant d'être transférées dans des établissements de soins prolongés – dépasse leur mandat et leurs responsabilités.

Dans de nombreuses régions des États-Unis et du Canada, les personnes âgées représentent plus de la moitié des jours-lit dans les hôpitaux. Les taux d'utilisation élevés enregistrés parmi ce groupe s'expliquent par le recours plus fréquent aux services hospitaliers et par les séjours prolongés à l'hôpital. Des taux d'admission de l'ordre de 50 % par année sont observés pour les personnes âgées de 75 ans et plus, et la durée moyenne d'un séjour passe de moins de 10 jours pour les personnes âgées de moins de 40 ans à 20 jours pour celles âgées de 65 à 74 ans. Dans le cas des personnes âgées de 75 ans et plus, le séjour moyen est de 27 jours pour les hommes et de 36 jours pour les femmes (Stone et Fletcher, 1980).

Dans une étude effectuée pour le compte du groupe de travail sur l'affectation des ressources en soins de santé de l'AMC, la société Woods Gordon (1984) a fait des projections à partir des changements démographiques prévisibles – notamment dans la composition de la population selon l'âge et le sexe – en maintenant tous les autres facteurs constants. Selon ces projections, le taux de fréquentation des hôpitaux généraux au Canada augmentera de 48,8 % entre 1981 et 2001, et de 89,1 % entre 1981 et 2021. En dollars de 1981, cela signifie que d'ici l'année 2021, les coûts d'exploitation se seront accrus de 7,1 milliards de dollars et le coût cumulatif en capital, de 17,7 milliards de dollars.

Diverses raisons peuvent être à l'origine de l'admission d'une personne âgée dans un hôpital de soins spécialisés. Il peut s'agir d'une intervention chirurgicale facultative – en ophtalmologie, urologie ou orthopédie, par exemple –, mais dans la plupart des cas, l'admission survient dans une situation d'urgence alors que la personne souffre d'une maladie ou d'une blessure grave ou que ses capacités se sont soudainement affaiblies. D'autres sont admises à l'hôpital quand, après avoir perdu graduellement la capacité de prendre soin d'elles-mêmes, la collectivité ne peut plus assurer les services dont elles ont besoin. Puisque l'impossibilité d'avoir accès à des services communautaires est le facteur le plus évident – même dans le cas des personnes gravement malades –, les patients âgés peuvent être considérés, à tort, comme ayant été « admis pour des raisons sociales » ou représentant un « problème de placement ». Devant le nombre croissant de personnes âgées admises dans les hôpitaux et devant la crainte qu'elles accaparent trop de lits, on est porté à réclamer automatiquement que le nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée soit augmenté. Une solution symptomatique de ce genre à une question aussi complexe et de plus en plus importante n'aura qu'un effet de courte durée et dénotera un manque de perspicacité.

Bien que des personnes plus jeunes atteintes de maladies chroniques ou d'incapacité aient des problèmes semblables à ceux qu'éprouvent les personnes âgées, ce sont habituellement les personnes très âgées – de 80 ou 85 ans et plus – qui sont les plus difficiles à placer après leur hospitalisation. Malgré cela, les besoins en soins de santé de bon nombre de personnes très âgées peuvent être satisfaits de façon adéquate dans les hôpitaux spécialisés sans que celles-ci aient à y séjourner beaucoup plus longtemps que les patients plus jeunes. Dans une étude portant sur l'utilisation des hôpitaux dans une ville canadienne, Robertson et Rockwood (1982) ont constaté que plus de la moitié des admissions impliquant des personnes de plus de 85 ans constituaient des cas d'urgence, et qu'elles se répartissaient en deux groupes à peu près égaux selon que ces personnes avaient besoin de soins médicaux ou d'une chirurgie. Dans l'ensemble, la durée moyenne du séjour était de 19 jours. Bien que l'on enregistrait un taux élevé de mortalité hospitalière (13 %), moins de 10 % des patients âgés de 85 ans et plus qui quittaient l'hôpital pour aller vivre ailleurs que dans un établissement de soins de santé étaient admis dans une institution de soins prolongés dans un délai d'un an. Par conséquent, après un séjour à l'hôpital, il est possible de placer même les personnes très âgées, pour une période durable, en milieu communautaire.

Cependant, on ne peut facilement donner congé à certains patients âgés atteints d'incapacité qui, avant leur hospitalisation, vivaient dans des établissements ou chez eux. À défaut d'autres moyens appropriés de dispenser à ces personnes les soins requis, elles sont parfois contraintes de demeurer à l'hôpital pendant des mois ou des années; il est douteux que le milieu hospitalier soit celui qui convienne le mieux à ces patients. Certains hôpitaux au Canada ont créé des unités de « soins transitoires » ou des unités d'hébergement provisoire à l'intention des patients qui attendent d'être placés dans d'autres établissements; mais même dans le meilleur des cas, ces unités ne parviennent peut-être qu'à offrir des soins médicaux ou des services de surveillance de bonne qualité. Cela n'est pas surprenant compte tenu du fait que les grands hôpitaux sont spécialisés dans la prestation des soins intensifs. Il se peut que les administrateurs et les professionnels de ces établissements ne soient pas en mesure d'intervenir aussi efficacement qu'on pourrait s'y attendre en raison de certaines attitudes défavorables à l'égard des personnes âgées et de leur ignorance des soins gériatriques modernes. Il est par conséquent possible que les grands hôpitaux spécialisés n'affectent que des ressources insuffisantes ou inadéquates aux services destinés aux personnes âgées.

Qu'ils disposent ou non des ressources nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées, les hôpitaux doivent traiter une clientèle de plus en plus âgée et atteinte d'une plus grande incapacité. Il n'est guère étonnant que des observateurs américains aient pu affirmer – sans avoir été contestés jusqu'ici – que les hôpitaux spécialisés se sont engagés dans la prestation des soins prolongés sans suivre de stratégie bien définie (Campion et coll., 1983).

Les installations hospitalières seraient utilisées à meilleur escient si le départ des patients était planifié de façon plus efficace. Fisher et Zorzitto (1983) ont étudié le phénomène de la monopolisation des lits, que l'on appelle aussi parfois le problème du placement. Ils en ont conclu que lorsqu'un patient doit être hospitalisé, il y aurait lieu de commencer immédiatement à planifier son départ éventuel et de mettre l'accent, pendant toute la durée de son séjour dans l'unité des soins intensifs, sur l'amélioration de sa capacité de fonctionner grâce aux techniques de réadaptation.

Une autre solution consisterait à instaurer des services d'évaluation gériatrique dans les hôpitaux. L'évaluation gériatrique, qui consiste à faire un diagnostic et une évaluation fonctionnelle complète en vue du traitement, de la réadaptation, du choix d'un service ou du placement en établissement, est une formule très intéressante de prime abord puisqu'elle permet de faire correspondre plus étroitement les besoins et les services disponibles au niveau individuel tout en facilitant le développement de nouveaux services dans la collectivité. Les principes de l'évaluation gériatrique ont été appliqués dans divers contextes, notamment dans des hôpitaux généraux, dans des unités de traitement spécialisées, dans des cliniques indépendantes et dans des établissements de soins prolongés. Nous examinerons certains des rapports publiés sur l'efficacité de l'évaluation gériatrique dans des établissements de soins intensifs.

Les auteurs d'une étude sur les services de consultation et d'évaluation gériatriques dans des établissements de soins spécialisés ont observé que le nombre moyen de personnes âgées qui étaient sur une liste d'attente dans des hôpitaux de soins intensifs avait diminué de 21 %. Mais, même si ces résultats sont impressionnants et qu'ils viennent corroborer nos hypothèses, nous devons noter que, dans les situations étudiées, les patients n'ont pas été dirigés au hasard vers le service de gériatrie (Barker et coll., 1985).

Les unités d'évaluation gériatrique peuvent opérer de deux façons : comme unités de soins pour la presque totalité des patients provenant des salles de soins intensifs ou comme unités d'évaluation qui accueillent des malades de l'extérieur qui ont besoin de soins immédiats. On a fait rapport sur deux essais cliniques, aux États-Unis, concernant des unités d'évaluation gériatrique opérant selon ce dernier modèle. Dans l'une de ces études, on n'a observé aucune différence quant au placement éventuel des patients âgés entre l'unité d'évaluation gériatrique et les unités de soins traditionnelles (Teasdale et coll., 1983); cependant, l'étude semble soulever certaines questions au plan conceptuel. Les auteurs ont eu recours à un jumelage post-expérimental plutôt qu'à une méthode de sélection aléatoire pour constituer un groupe de contrôle, et ils n'ont fourni aucune donnée sur les différences entre les groupes à l'égard de facteurs tels que la capacité de fonctionner, l'état mental, et l'accessibilité à des services sociaux de soutien, qui pourraient certainement influer sur les décisions relatives au placement des patients.

Le seul essai clinique aléatoire contrôlé qui semble avoir été bien conçu et dont on a publié les résultats a montré que la création d'une unité d'évaluation gériatrique dans un hôpital pour anciens combattants en Californie avait eu les conséquences suivantes : les patients admis avaient retrouvé une plus grande autonomie de fonctionnement et un meilleur moral; le taux de mortalité dans l'unité était moins élevé; le nombre de patients transférés dans des centres d'hébergement avait diminué; et, enfin, les coûts directs avaient baissé (Rubenstein et coll., 1984). Plusieurs unités d'évaluation gériatrique – habituellement composées de 15 à 20 lits, auxquels s'ajoute souvent une unité de soins gériatriques de jour – sont en

opération au Canada. Le fonctionnement de ces unités a été décrit dans divers rapports (Santé et Bien-être social Canada, 1977).

Les participants à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement ont reconnu, dans leurs recommandations finales, l'importance de l'évaluation gériatrique détaillée. Ils ont notamment souligné qu'une méthode d'évaluation efficace est essentielle aux fins de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1983). La nature exacte des programmes d'évaluation gériatrique doit varier en fonction de la situation de chaque établissement; mais, qu'ils soient mis sur pied dans une clinique, un centre communautaire, un hôpital général ou un établissement de soins prolongés, ces services constituent en quelque sorte un investissement initial dans le traitement à long terme d'un patient. Il est possible d'éviter l'hospitalisation ou le placement dans un établissement de soins – prématurément ou à tort – en s'efforçant d'identifier très tôt les causes, peut-être guérissables, d'une mauvaise santé, d'une incapacité et d'un état de dépendance et en choisissant le traitement, le programme de réadaptation et les services de soutien appropriés.

Il ne faudrait pas restreindre l'application des principes de la gériatrie moderne aux seules unités spécialisées dans l'évaluation gériatrique. Faisant référence au cas de la Grande-Bretagne, où l'on a acquis beaucoup d'expérience dans la prestation de services gériatriques dans les hôpitaux spécialisés, la British Geriatrics Society (1982) a fait valoir dans son mémoire à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement que l'établissement d'un service de gériatrie efficace dans un hôpital général favorisait, grâce à la consultation et à la liaison, un meilleur traitement des personnes âgées dans tous les départements de l'hôpital, et que de tels services constituaient un modèle à suivre pour les salles spécialisées dans les soins aux personnes âgées. Les auteurs d'une étude menée récemment au Canada sur la condition des personnes âgées qui reçoivent des soins prolongés dans des hôpitaux spécialisés proposent que des programmes de formation axés sur la sensibilisation aux problèmes gériatriques soient offerts au personnel hospitalier afin d'améliorer les soins dispensés aux personnes âgées dans ces hôpitaux (Capital Regional Hospital District, 1985).

Ce bref examen du rôle de l'hôpital dans la prestation de soins prolongés aux personnes âgées fragiles et dépendantes a permis de mettre en évidence le fait que l'admission au service d'urgence d'un hôpital de soins spécialisés était la voie par laquelle de nombreuses personnes âgées finissaient par entrer dans le réseau des soins de santé à long terme. Outre les mécanismes d'intervention hospitaliers, comme la planification des congés et l'évaluation gériatrique, il serait bon d'examiner la possibilité d'établir un service d'intervention communautaire capable de réagir aussi rapidement que pourrait le faire le service d'urgence d'un hôpital aux situations critiques qui peuvent survenir. Une telle mesure permettrait peut-être d'éviter que des personnes âgées soient admises dans des hôpitaux de soins spécialisés. La capacité de fonctionner des personnes âgées et la stabilité de leur réseau de soutien ne seraient donc pas mises à l'épreuve par suite d'une hospitalisation.

Les soins en établissement

Élargir le mandat des établissements de soins prolongés

Au Canada, environ 8 % des personnes âgées et plus de 20 % des personnes très âgées vivent dans des établissements de soins prolongés. En 1981-1982, on dénombrait plus de 57 000 lits de soins prolongés autorisés dans les hôpitaux et environ 150 000 lits autorisés dans des établissements de soins spéciaux réservés aux personnes âgées[2]. Se situant aux alentours de 9 %, le taux de placement en établissement au Canada est supérieur à celui observé au Royaume-Uni ou aux États-Unis. Dans la présente section, nous examinerons divers moyens d'étendre le mandat des services de soins de longue durée de façon à réduire le nombre de personnes admises inutilement en permanence dans des établissements de soins et, par le fait même, à diminuer le taux de placement en établissement. Nous verrons donc les services suivants : la réadaptation gériatrique, les programmes de dépannage et les programmes de jour.

La réadaptation gériatrique — La réadaptation est dorénavant considérée comme un élément essentiel du traitement d'une maladie à un âge avancé. Le Plan international d'action sur le vieillissement note que, sans un programme de réadaptation multidisciplinaire, la réussite d'une intervention médicale ne sera peut-être pas suivie d'un rétablissement des capacités sociales et physiques de la personne âgée (OMS, 1974). L'admission dans des établissements de réadaptation peut être la solution appropriée pour certaines personnes – souvent plus jeunes et en meilleure condition physique – dont l'état de santé est stable et dont les facultés intellectuelles ne sont pas trop affaiblies.

La réadaptation gériatrique est une méthode de traitement spécialisée qui s'adresse aux personnes âgées fragiles, invalides et dépendantes, dont l'état de santé peut être précaire et les facultés intellectuelles, affaiblies jusqu'à un certain point. La réadaptation spécialisée des personnes âgées comporte plusieurs volets : la reprise des activités, c'est-à-dire l'incitation à mener tous les jours

une vie active dans un cadre familier; le rétablissement des rapports sociaux, en particulier avec la famille, les voisins, les amis et les autres membres de la collectivité; et la réintégration, en encourageant les personnes âgées à mener une vie aussi normale que leur état de santé et leur degré d'incapacité le permettent. Il y aurait lieu d'examiner de toute urgence la possibilité d'affecter un certain nombre de lits de soins prolongés à la réadaptation gériatrique.

De nombreux obstacles doivent être surmontés pour que la réadaptation gériatrique soit intégrée au système de soins de santé destinés aux personnes âgées et, en particulier, aux personnes très âgées. Hesse et coll. (1984) ont identifié certaines attitudes qui font entrave à la réadaptation des personnes âgées. Le principal obstacle se situe au niveau des attitudes et des croyances de la famille, des patients et du personnel hospitalier qui ont pour effet de saper la motivation nécessaire aux personnes âgées pour reconquérir leur autonomie physique. Si l'on doit confier aux établissements de soins prolongés la tâche de fournir, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, des services de réadaptation aux patients qui proviennent des grands hôpitaux spécialisés dans le but de leur permettre de réintégrer éventuellement leur domicile, il importe de ne pas retirer prématurément et inopportunément à un patient admis dans un hôpital de soins spécialisés les éléments qui rendront effectivement possible son départ de l'hôpital, c'est-à-dire l'assurance que le patient a un endroit où aller et qu'il a accès à des services de soins communautaires. Il ne faudrait pas non plus que l'on donne au patient et à sa famille l'impression qu'une fois admis dans un établissement de soins prolongés, le patient y demeurera en permanence. À l'heure actuelle, l'accent est mis sur l'admission plutôt que sur le congé; il importe donc que les établissements de soins prolongés modifient leur orientation pour faire en sorte que les services de réadaptation aient le succès escompté.

Nous ne disposons pas de données provenant d'essais aléatoires contrôlés pour étayer les nouvelles orientations que devraient adopter les établissements de soins prolongés. Des études réalisées sur les unités de réadaptation pour les patients victimes de défaillances telles que les attaques d'apoplexie ont produit des résultats favorables à la réadaptation gériatrique, et bon nombre des avantages imputés aux unités d'évaluation gériatrique sont attribuables au fait que des services de réadaptation à court terme ont été offerts après évaluation de l'état de santé du patient. Mais il se peut que l'on ne soit pas en mesure de parvenir à une réadaptation complète des patients admis dans les unités d'évaluation gériatriques en raison du laps de temps relativement court qu'ils y passeront. Dans une de ces unités en opération au Canada, la durée moyenne du séjour était d'environ 20 jours (Robertson et coll., 1982). Plusieurs semaines ou plusieurs mois peuvent être nécessaires pour que des personnes âgées frêles et souffrant d'incapacité puissent retrouver toutes leurs facultés et soient en mesure de retourner vivre chez elles. Par conséquent, la poursuite des programmes de réadaptation dans des unités de soins prolongés dotées d'un personnel spécialisé et de services spéciaux pourrait offrir un rapport coût-efficacité intéressant. Les lits attribués aux unités spécialisées en réadaptation gériatrique dans les établissements de soins prolongés auraient été autrement occupés par des patients recevant des soins prolongés en permanence. Bien entendu, le recours à un personnel spécialisé pour aider les patients à atteindre leurs objectifs de réadaptation et les amener à retourner définitivement chez eux ou à recevoir en permanence des soins dans des établissements moins spécialisés occasionnerait une hausse des coûts d'exploitation, mais celle-ci pourrait être compensée en partie par les avantages globaux découlant du report de l'entrée de ces patients dans des établissements de soins permanents.

Les programmes de dépannage — Un nombre croissant d'ouvrages traitent du fardeau que doivent assumer ceux et celles qui, au sein de la collectivité, prennent soin des personnes âgées. DeLargy (1957) a été le premier à traiter de la possibilité de réadmettre en établissement, à intervalles réguliers, des personnes âgées souffrant d'incapacité qui vivent habituellement dans la collectivité. Griffiths et Cosin (1976) ont ensuite mis de l'avant la notion d'une réadmission périodique et planifiée à l'hôpital, pour un court séjour (deux ou trois jours par mois), des personnes âgées dont la santé est fragile afin d'alléger le fardeau qu'assument ainsi les familles qui en prennent soin. Un programme semblable a été mis à l'essai dans une unité gériatrique d'un centre hospitalier universitaire canadien (Dunn et coll., 1983).

En 1980, au Manitoba, les établissements de soins pour personnes âgées ont été autorisés à accueillir, pour de brefs séjours, des personnes âgées souffrant d'incapacité qui étaient à la charge de leur famille. Ce service est considéré comme une autre mesure dans la gamme des soins offerts visant à soulager les familles qui ne pourraient autrement prendre de vacances ou se soustraire momentanément aux exigences qu'impose la garde ou la surveillance d'une personne 24 heures par jour. En 1981-1982, on a ainsi enregistré 4 000 jours de dépannage impliquant 23 lits répartis dans 19 établissements.

Les travaux publiés jusqu'à ce jour sur les programmes de dépannage sont surtout descriptifs et, dans l'attente de données confirmant que ces programmes permettent de retarder l'admission des patients dans des établissements de soins, l'affectation de quelques lits, habituellement réservés aux soins prolongés, aux fins de dépanner les

familles et leur permettre de prendre une période de répit semble, à première vue, être une formule intéressante.

Les programmes de jour — Les programmes de jour sont des mécanismes institutionnels conçus pour dispenser des programmes de soins de santé, de dépannage et d'activités sociales et récréatives afin de redonner aux patients le respect d'eux-mêmes et le sentiment de pouvoir faire quelque chose. Les programmes de jour à l'intention des personnes âgées englobent toute une gamme de services : services sociaux et récréatifs dans des *centres pour personnes âgées* destinés à ceux et celles qui sont généralement en bonne condition physique; services sociaux et récréatifs spécialisés à l'intention des personnes âgées souffrant d'incapacité légère et programmes de dépannage destinés aux prestateurs de soins vivant au sein de la collectivité – offerts dans des *centres de jour*; enfin, services de diagnostic, d'évaluation, de traitement et de réadaptation – habituellement associés aux soins en établissement – qui sont dispensés dans des *hôpitaux gériatriques de jour*. Les programmes de jour destinés aux personnes âgées sont généralement considérés comme une composante essentielle du système de soins de santé.

Des programmes de jour pour adultes, axés sur les besoins sociaux et récréatifs, sont offerts dans de nombreuses régions au Canada. Ces programmes peuvent être offerts par des organismes indépendants ou des établissements de soins prolongés. Une étude réalisée aux États-Unis sur le coût relatif des soins de jour et des soins en centre d'hébergement a fait ressortir que, en 1978, le coût moyen par jour était à peu près le même (21,32 $ pour les soins de jour contre 19,22 $ pour les soins en centre d'hébergement). Étant donné que les gens se prévalent des soins de jour de façon intermittente alors que les soins en centre d'hébergement sont dispensés sur une base permanente, le coût des premiers représente environ le tiers de celui des soins donnés dans un centre d'hébergement sur l'ensemble d'une année (2 771,60 $ pour les soins de jour par comparaison à 7 015,30 $ pour les soins en centre d'hébergement, le calcul étant fondé sur un taux de fréquentation de 2,5 jours par semaine [Weissert, 1978]).

Contrairement aux soins gériatriques de jour qui sont dispensés sur une base continue pendant des mois ou des années, l'hôpital gériatrique de jour accueille des patients de façon intermittente et pour des périodes relativement courtes. Généralement, les hôpitaux gériatriques de jour répartissent les patients en deux catégories : ceux qui doivent faire l'objet d'une évaluation et ceux qui viennent suivre un traitement ou une thérapie de réadaptation. Après plusieurs visites au cours desquelles une équipe de professionnels de la santé procède à un diagnostic et à une évaluation des fonctions du patient, on décide si celui-ci doit continuer de se rendre à l'hôpital pour recevoir un traitement ou une thérapie de réadaptation particulière. Au terme d'une période de traitement pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, le patient obtient son congé et est orienté vers d'autres programmes communautaires.

La création et le fonctionnement des hôpitaux gériatriques de jour ont fait l'objet de nombreux écrits, principalement au Royaume-Uni. Plusieurs auteurs ont examiné le coût des soins dans un hôpital gériatrique de jour, qui n'est pas sensiblement différent du coût d'une thérapie de réadaptation dispensée à des personnes hospitalisées. Dans un essai, Tucker et coll. (1984) ont réparti au hasard un groupe de patients entre un hôpital gériatrique de jour et une unité de soins conventionnels, où ceux-ci auraient accès aux services de réadaptation gériatrique existants. Il ont constaté, chez les patients fréquentant l'hôpital de jour, des différences importantes dans la capacité à accomplir les activités quotidiennes après six semaines (mais non après cinq mois) et une amélioration soutenue de l'humeur. Les coûts de la réadaptation dans les hôpitaux gériatriques de jour étaient supérieurs d'un tiers aux coûts des mêmes thérapies dispensées à des patients hospitalisés par les services conventionnels.

Des hôpitaux de jour spécialisés en gériatrie et en psychogériatrie ont été ouverts dans de nombreuses villes au Canada. La plupart sont reliés à des hôpitaux de soins spécialisés ou à des établissements de soins prolongés et plusieurs d'entre eux font partie des services de base offerts par les départements de médecine gériatrique des universités. Un petit nombre seulement se sont spécialisés dans les thérapies de réadaptation. La plupart de ces hôpitaux offrent une gamme variée de services : évaluation, soins médicaux et infirmiers, programmes de dépannage pour les prestateurs de soins et réadaptation. Par conséquent, on doit tenir compte de tous ces services en évaluant leur fonction. Un rapport descriptif a été publié sur les résultats obtenus, au cours d'une période de sept ans, dans un hôpital gériatrique de jour établi au Canada (Fisher et coll., 1981).

Étant donné la diversité des méthodes de traitement et des voies d'accès aux soins en établissement selon les pays et à l'intérieur même des pays, les études qui seront menées dans l'avenir au Canada sur les hôpitaux de jour devraient se pencher sur l'efficacité et la rentabilité de différents types de programmes. L'étude de Tucker et coll. sur la Nouvelle-Zélande et le mémoire de la British Geriatrics Society nous indiquent que l'admission dans la plupart des services de soins de longue durée relève uniquement du médecin spécialisé en gériatrie, de sorte qu'il devrait être rare qu'un patient y soit admis à tort ou prématurément. Au Canada, où l'admission dans un établissement de soins prolongés n'est pas soumise à un

contrôle semblable, la fréquentation d'un hôpital de jour pour des raisons autres que l'utilisation des services de réadaptation peut se révéler être à l'avantage des patients et entraîner une diminution du coefficient d'utilisation des services.

Les soins de santé à domicile

Une solution de rechange aux soins en établissement, mais pour qui ?

Des services de soins à domicile sont maintenant offerts dans de nombreuses provinces et certaines des données utilisées pour appuyer l'établissement de tels programmes sont mentionnées dans une étude de la documentation sur les soins à domicile au Canada jusqu'en 1977 (Santé et Bien-être social Canada, 1977). Selon le groupe de travail sur l'affectation des ressources en soins de santé de l'Association médicale canadienne (1984), les principaux services de soins à domicile comprennent les services d'infirmières visiteuses, de repas à domicile, de visites amicales, d'auxiliaires familiales, d'hommes à tout faire, de transport et de promotion de la santé .

Pour déterminer si les services de soins à domicile sont une solution de rechange satisfaisante aux soins en établissement ou s'ils permettent d'abaisser le taux d'admission dans les établissements de soins, il importe d'abord de reconnaître que les patients âgés et leur famille peuvent avoir des besoins fort variés. Il est possible que les services de soins à domicile soient une solution de rechange appropriée et avantageuse dans certains cas, mais non dans l'autre.

Considérons, par exemple, le cas d'une veuve âgée de 67 ans, souffrant d'arthrite, qui ne peut facilement aller faire des courses, mais qui est en mesure de s'occuper d'elle-même presque entièrement à la maison, sauf pour ce qui est de soigner ses pieds et de prendre un bain. Cette patiente serait donc la candidate idéale pour démontrer la rentabilité d'un programme de soins de jour à domicile. Même en supposant qu'aucun ami ou membre de sa famille ne peut lui venir en aide, ses besoins seraient satisfaits et son admission dans un établissement serait reportée à plus tard si elle pouvait recevoir des soins à domicile pendant quelques heures par semaine. Si l'on tient compte de l'espérance de vie de cette personne – en l'occurrence plus de 15 ans – il est évident que des économies considérables peuvent être réalisées en lui donnant la possibilité de rester chez elle.

À l'opposé, examinons le cas d'une femme âgée de 84 ans, de constitution frêle, qui peut facilement se blesser, tomber, mal s'alimenter ou se faire escroquer en raison d'une mémoire et d'un jugement défaillants. Si des prestateurs de soins informels étaient disponibles pour assurer la surveillance que son incapacité exige, sa famille pourrait en prendre soin chez elle à un coût inférieur à celui des soins en établissement, moyennant la prestation de certains services comme la préparation de certains repas à domicile et les soins personnels intermittents. Cependant, si on ne pouvait compter que sur des services structurés pour répondre à tous les besoins de cette femme – dont celui de la garde de jour – les coûts d'une surveillance continuelle, ou du moins très fréquente, dépasseraient alors ceux des soins en établissement.

En permettant de solutionner une crise quand le système de prestation de soins est temporairement perturbé, les services de soins à domicile – même s'ils s'avèrent plus coûteux que les soins hospitaliers ou les soins en établissement – peuvent tout de même être avantageux dans la mesure où le réseau informel de prestateurs de soins pourra se reconstituer après la crise. Les soins à domicile peuvent aussi jouer un rôle efficace lorsqu'ils complètent les soins dispensés par les prestateurs informels, par exemple, en aidant les familles à accomplir certaines tâches qu'elles considèrent pénibles. On peut ainsi voir qu'aucun service ne peut répondre seul à tous les besoins des personnes âgées et de ceux et celles qui leur dispensent des soins. Les services axés notamment sur les soins personnels, la réadaptation et les soins de santé doivent être adaptés à chaque cas et correspondre aux besoins que l'on aura préalablement évalués.

Il existe au Canada un programme de soins à domicile établi depuis longtemps qui offre un service de réadaptation ainsi que des soins personnels et infirmiers. Hunt et Crichton (1977) ont signalé que, sur une période de 16 ans, plus de 2 000 personnes – principalement des personnes âgées – ont bénéficié de ces services. Fait à noter, près du tiers de ces personnes étaient atteintes d'une incapacité permanente grave. Les services offerts comprenaient la réadaptation physique et professionnelle, la visite de travailleurs sociaux, l'emprunt de matériel (qui était aussi installé et entretenu) ainsi que les services d'infirmières visiteuses et d'auxiliaires familiales. Hunt et Crichton ont comparé les coûts des séjours à l'hôpital ou dans un établissement et les coûts des soins à domicile, et les données qu'ils fournissent sont impressionnantes. Cependant, le rapport avantages/coûts des soins à domicile dispensés à ce type de patients est fonction du soutien que peuvent apporter les membres de la famille. Lorsqu'aucun membre de la famille ne peut donner de son temps pour prendre soin du patient ou n'est disposé à le faire, ou lorsque l'état de santé du patient est instable, les programmes de réadaptation en établissement se révèlent plus appropriés. Les résultats d'une étude menée récemment aux États-Unis sur le coût d'un service intégré de soins prolongés dispensés au sein de la collectivité – comprenant des soins personnels, des soins de santé et des

services de réadaptation – vont à l'encontre des constatations de Hunt et Crichton. L'étude a montré que la prestation de soins à long terme au sein de la collectivité ne permettait de réaliser que de très modestes économies, notamment lorsqu'elle englobait toute une gamme de services de soutien et de services professionnels (Skellie et coll., 1982).

Les services infirmiers intensifs à domicile ont fait l'objet de deux études récentes. Les auteurs d'une de ces études, effectuée au Royaume-Uni, ont comparé les coûts de tels services (21 heures par semaine) aux coûts des soins hospitaliers dispensés à des patients atteints d'un degré d'incapacité comparable. Les coûts des soins de santé à domicile n'étaient supérieurs à ceux des soins hospitaliers que dans le quart des cas (Gibbins et coll., 1982). Dans une autre étude, effectuée également au Royaume-Uni, on a constaté que le coût des soins communautaires dispensés à 139 personnes âgées souffrant d'une maladie chronique équivalait ou était supérieur au coût moyen des soins hospitaliers (Opit, 1977).

En résumé, il est fort probable que les soins de santé dispensés à domicile – surtout lorsqu'il s'agit d'intervenir à l'occasion pour fournir des soins personnels aux personnes âgées ou venir en aide aux prestateurs de soins – permettent d'éviter que certaines personnes âgées, certains malades chroniques ou certains patients atteints d'incapacité soient placés à tort ou prématurément dans un établissement, et que ces soins contribuent à diminuer les coûts. Par contre, les soins à domicile peuvent être plus onéreux quand des services professionnels sont requis fréquemment et pour de longues périodes, ou quand une présence constante ou prolongée s'avère nécessaire. Si l'on tient compte des effets néfastes sur le patient d'un séjour à l'hôpital et du coût d'un séjour prolongé lorsqu'un patient attend d'être transféré dans un établissement de soins de longue durée, il peut être avantageux de dispenser, pendant de brèves périodes, toute une gamme de soins et services à domicile même si leur coût excède le coût des soins en établissement ou à l'hôpital.

La gestion des cas

Agencer tous les éléments du système

Le Plan international d'action sur le vieillissement a affirmé la nécessité de coordonner les services sociaux et les services de santé afin d'améliorer l'efficience et de diminuer les coûts (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1983).

Dans un régime de soins non institutionnalisés, chacun des nombreux organismes, services ou groupes détermine ses propres critères d'admissibilité, définit son propre processus d'évaluation et circonscrit son champ d'action. Ce ne sont peut-être pas tant les besoins des patients, tels qu'évalués, que les services fournis par l'organisme auquel ceux-ci s'adressent d'abord qui détermineront la nature des soins qui seront dispensés. La gestion des cas peut contribuer à une meilleure utilisation des services des établissements de soins de santé et des services de soutien disponibles au sein de la collectivité.

Pour donner des résultats satisfaisants, la gestion des cas doit être faite par une personne qui possède à la fois les connaissances et l'autorité nécessaires pour coordonner les activités des professionnels et des organismes qui sont engagés dans la prestation de programmes et de services aux personnes âgées. La coordination des soins communautaires à l'intention des personnes âgées peut s'étendre aux services du principal prestateur de soins, aux services gériatriques spécialisés, aux programmes de dépannage et de soins à domicile, ainsi qu'aux services des hôpitaux de soins spécialisés et des établissements de soins prolongés. Par conséquent, non seulement le gestionnaire de cas doit-il être renseigné sur les ressources de la collectivité et avoir l'intérêt et la capacité requise pour appliquer l'ensemble de ces ressources à un cas particulier, mais il doit faire preuve de sensibilité et de compétence dans son travail pour faire en sorte que les professionnels et les organismes indépendants ne se sentent pas aliénés ou manipulés. La gestion de cas peut être assumée par le prestateur de soins primaires ou un service gériatrique spécialisé. Mais seuls les cas de patients ayant besoin de ces services seraient alors étudiés. Dans certaines provinces, dont la Colombie-Britannique et le Manitoba, des régions ont été délimitées pour les fins de la prestation des services et un seul point d'accès aux soins à domicile et aux soins de longue durée a été déterminé. En vertu des modalités en vigueur, l'admissibilité à l'un ou l'autre des services de santé ou des services sociaux financés par l'État, dans les régions de service, est déterminée par des agents chargés de l'évaluation des patients, habituellement des infirmières hygiénistes ou des travailleurs sociaux. Bien qu'une lourde charge de travail puisse empêcher les gestionnaires de cas de jouer pleinement leur rôle, la fonction de coordination des soins qui leur incombe demande d'être examinée plus à fond.

Pour que les programmes et les services spécialisés tels que les unités d'évaluation gériatrique, les programmes de jour, les soins à domicile et les services de dépannage soient efficaces, il est essentiel que les patients qui ont vraiment besoin de soins soient dirigés vers les services appropriés en temps opportun et que les services de soutien collaborent étroitement à la réalisation des objectifs fixés en matière de thérapie, de réadaptation ou de gestion. Si la charge de travail le permet, les responsables de l'évaluation peuvent agir comme gestion-

naires de cas en facilitant le mouvement des patients, à travers le système, c'est-à-dire, en coordonnant et en accélérant les départs des patients des hôpitaux ainsi que les admissions et les départs dans les unités d'évaluation et les centres de réadaptation.

Bien que la gestion des cas soit intégrée au système de soins de longue durée au Manitoba et en Colombie-Britannique, aucune étude n'a été effectuée pour déterminer le rapport avantages/coûts de cette activité au Canada. L'expérience acquise aux États-Unis avec un système à point d'entrée unique pour l'admission des patients et l'évaluation et la coordination des services destinés aux personnes âgées a permis de constater que le taux d'utilisation et les coûts des services dans un tel contexte étaient plus élevés que ceux observés pour un groupe témoin choisi de façon non-aléatoire (Hicks et coll., 1981). Malgré le manque de données empiriques sur les coûts et les avantages de la gestion des cas, cette méthode présente des attraits certains sur le plan clinique et, comme pour l'évaluation gériatrique, elle constitue un élément important dans la fourniture des soins appropriés aux personnes âgées qui, au sein de la collectivité, ont une santé fragile et dépendent de l'aide des autres.

Conclusion

Au début du siècle, Sir William Osler, médecin et professeur de médecine le plus en vue au Canada, déclarait que l'humanité n'était menacée que par trois grands fléaux : la fièvre, la famine et la guerre, et que des trois, le plus grand et de loin le plus redoutable était la fièvre. Quatre-vingts ans plus tard, cette déclaration nous semble fort démodée. Dans le monde occidental, l'abondance de nourriture, la rareté relative des morts accidentelles violentes, la séparation des réseaux d'aqueducs et d'égouts, ainsi que la diminution sensible des infections qui étaient auparavant responsables de la mort du quart des gens dans les 10 premières années de leur vie, ont eu pour effet d'accroître de façon marquée l'espérance de vie. Non seulement un plus fort pourcentage de personnes atteignent un âge avancé, mais elles abordent la vieillesse mieux alimentées, plus instruites et souvent en meilleure santé, et peu d'entre elles auront été atteintes d'une maladie grave ayant menacé leur vie. Contrairement aux époques antérieures où le spectre de la morbidité et de la mortalité planait tout au long de la vie, la maladie et l'incapacité sont aujourd'hui en bonne partie le lot des personnes âgées. L'adoption généralisée de modes de vie plus sains aura peut-être pour effet de retarder l'apparition de maladies dégénérescentes chroniques jusqu'à l'âge de 80 ou de 90 ans.

Durant les dernières années de la vie, les changements biologiques provoqués par le vieillissement, la maladie et les effets de la détérioration de la condition physique contribuent à diminuer la capacité d'accomplir les activités quotidiennes essentielles. Une personne âgée dont les facultés sont affaiblies peut avoir besoin de l'aide d'autrui pour les soins personnels, la sécurité et la surveillance ou pour des soins de santé précis. Ces soins essentiels peuvent être dispensés de diverses façons – au domicile du patient, à l'hôpital ou dans un établissement de soins prolongés. De nombreux facteurs doivent être pris en considération dans le choix du lieu de traitement le plus approprié, dont la nature et la gravité de la maladie ou de l'incapacité, le type, la combinaison et la fréquence des services requis, ainsi que la possibilité que des membres de la famille ou d'autres prestateurs de soins puissent s'occuper du patient et soient disposés à le faire.

Des mesures de désincitation et des stimulants d'ordre financier peuvent influer sur le choix des soins. Comme environ 9 % des personnes âgées au Canada reçoivent des soins en établissement, nombreux sont ceux qui estiment que les stimulants ont agi en faveur des soins institutionnalisés; cependant, d'autres facteurs comme la géographie, le climat, la présence de prestateurs de soins dans la collectivité et les attentes de la population interviennent également pour expliquer le taux élevé de placements en établissement.

Ceux qui préconisent des solutions de rechange aux soins en établissement ont souvent fait valoir le coût moins élevé des soins communautaires. Notre bref examen des quelques données existantes à l'appui des autres modes de prestation des soins a fait ressortir l'importance d'une évaluation gériatrique complète – comprenant un diagnostic médical et une évaluation de la capacité fonctionnelle du patient – pour tout système de soins prolongés, puisqu'une telle étape peut permettre d'éviter l'admission injustifiée ou prématurée de patients en établissement, de déceler et de traiter des maladies guérissables et d'assurer la correspondance entre les besoins des patients et les services disponibles. Des spécialistes américains qui ont étudié la prestation de soins prolongés au Canada ont reconnu les avantages que présente un système unique d'admission et d'évaluation pour tous les services de soins de longue durée offerts au sein de la collectivité ou en établissement ainsi que les possibilités que laisse entrevoir la méthode de la gestion des cas pour les personnes âgées dépendantes (Kane et Kane, 1985*b*).

Les programmes de jour et les services de soins à domicile à l'intention des personnes âgées peuvent se révéler avantageux s'ils ont un effet stabilisateur sur le maintien de ces personnes au sein de la collectivité et s'ils permettent de retarder ou d'éviter l'admission en établissement de certaines personnes âgées. Cependant, il

ne faudrait pas offrir sans distinction de tels services à des personnes qui seraient mieux soignées dans un établissement ou à l'hôpital. On peut faire en sorte que même des personnes âgées dont les capacités sont grandement affaiblies demeurent chez elles pendant des périodes prolongées, mais il en résulte souvent un lourd fardeau pour ceux et celles qui ont la responsabilité de leur prodiguer les soins requis. On peut alléger la tâche de ces personnes en leur donnant accès à des services de dépannage, à des centres de jour et à des services organisés de soins à domicile, mais celles-ci pourraient éventuellement se trouver dans l'impossibilité de continuer à dispenser les soins nécessaires et il faudra peut-être alors songer à opter pour des soins permanents en établissement.

Au Royaume-Uni, où l'on a acquis beaucoup d'expérience dans les soins à domicile, certains observateurs jugent qu'il faut être prudent en regard des prétendus avantages économiques des soins à domicile. Les coûts de ces soins peuvent paraître moins élevés que les coûts des soins en établissement parce que les services offerts sont plus limités et que, par conséquent, les patients sont davantage négligés. Pour dispenser des soins à domicile aux patients souffrant d'une incapacité sérieuse sans faire preuve de négligence, il faudra investir beaucoup dans les services de soutien et, même à cette condition, la qualité de vie de certains patients et de leur famille sera peut-être encore fort éloignée des normes humanitaires d'une société civilisée (Opit, 1977).

Le changement proposé ne vise pas à « faire sortir » une grande partie des patients qui se trouvent dans des établissements de soins prolongés, mais plutôt à remplacer les soins en établissement par d'autres modes de prestation de soins de santé aux personnes âgées. L'intégration des divers services communautaires et des services offerts en établissement s'impose pour constituer un véritable système de soins à l'intention des personnes âgées. Parmi les divers éléments de ce système, on peut mentionner le logement collectif, les programmes de jour, les programmes d'évaluation gériatrique, les hôpitaux de soins spécialisés et les services de soins à domicile. L'instauration de programmes de dépannage et de réhabilitation gériatrique dans les établissements de soins prolongés pourrait permettre d'éviter ou de retarder le placement de personnes âgées dans des établissements de soins permanents. Cependant, au moins 6 % de la population âgée devra probablement recevoir des soins prolongés en établissement lorsque toutes les autres possibilités auront été épuisées. À mesure que le nombre de personnes très âgées augmente, il peut être plus pertinent d'examiner les taux de placement en établissement selon le groupe d'âge. Les plus jeunes parmi les personnes âgées ont rarement besoin de soins en établissement, tandis que de 25 à 30 % des personnes très âgées vivent présentement dans des établissements dispensant des soins de longue durée. Puisque la structure démographique varie selon les provinces ou les régions, et même à l'intérieur de celles-ci, un examen des taux d'admission en fonction de l'âge permettra peut-être de mieux mesurer les besoins au niveau des divers services et types d'établissements, ainsi que de mieux évaluer l'incidence de nouveaux programmes.

Étant donné que la plupart des causes de mortalité prématurée ont été pratiquement éliminées, il est raisonnable de penser que la grande majorité des personnes qui vivent à l'heure actuelle se rendront jusqu'à un âge avancé. Le taux de survie sans précédent que nous observons exerce sur nos régimes de soins de santé des pressions que seuls des changements fondamentaux permettront d'alléger. Nous ne disposons encore que de données incomplètes pour nous guider quant aux changements à opérer dans le mode de prestation des soins de santé aux personnes âgées. Pourtant, comme on prévoit que le réseau de soins de santé devra faire face à une demande accrue, il est urgent d'intervenir. Dans ces conditions, nous ne pourrons nous permettre le luxe d'introduire uniquement des mesures et des programmes dont l'efficacité et la rentabilité auront été établies au préalable.

Souhaitons que nous serons d'abord guidés par des principes humanitaires – et non simplement par des considérations financières – dans notre recherche de moyens à la fois efficaces et peu coûteux pour relever les défis que posent l'incapacité et la dépendance au cours des dernières années de la vie. Il serait certes ironique et tragique si, par suite de nos recommandations et interventions, nous condamnions nos aînés – et, en définitive, nous-mêmes – à une vie dont la piètre qualité nous amènerait à remettre en cause notre désir de survie.

Greg L. Stoddart

Le docteur Robertson a décrit et illustré les aspects cliniques, sociaux et économiques des nouveaux modes proposés pour la prestation de soins aux personnes âgées du Canada. Ce faisant, il a posé des jalons importants pour nos discussions sur les moyens à mettre en œuvre pour structurer et financer les services pour cette partie de plus en plus importante de la population canadienne.

Les nouvelles formules que propose le docteur Robertson ne s'excluent pas réciproquement, mais elles forment plutôt un éventail de types de prestation qui diffèrent surtout quant au volume des ressources mises à contribution, quant à la gamme des services offerts et quant à l'importance des effets de perturbation qu'elles ont

sur l'activité sociale normale. Les principaux éléments de cet éventail de services vont des soins préventifs et primaires et des soins hospitaliers (y compris dans les cliniques pour personnes âgées) jusqu'aux soins à domicile et aux soins individuels.

Chacune de ces formules – en particulier les soins hospitaliers et à domicile – peut être organisée et opérationnalisée de différentes façons précises. Comme le fait remarquer le docteur Robertson, toutefois, l'objectif véritable est d'intégrer ces divers éléments en un *système* cohérent et non pas de les appliquer isolément. La différence entre les deux approches est comparable à celle qui existe entre la musique produite par un orchestre symphonique sous la direction de son chef et les sons cacophoniques que produisent les musiciens lorsqu'ils accordent leurs instruments avant le concert. Chaque élément du système de soins de santé de longue durée jouerait un rôle essentiel et qui lui serait propre, au sein d'un ensemble équilibré, et chacun servirait selon les besoins.

Un tel système n'existe pas à l'heure actuelle et ne peut être mis au point du jour au lendemain. Le docteur Robertson énumère de nombreuses mesures préalables à son implantation : mise sur pied de programmes d'évaluation gériatrique dans les hôpitaux de soins intensifs; accroissement des programmes de soins de convalescence et de soins de jour; planification des congés anticipés; amélioration de la formation du personnel hospitalier affecté aux soins gériatriques; évaluation des possibilités de services communautaires; réaffectation des lits pour soins de longue durée à la réadaptation gériatrique; et meilleure adaptation des services communautaires, dont les soins à domicile, aux besoins réels des clients. Il signale aussi plusieurs obstacles à ces mesures. Les deux plus importants sont l'attitude discriminatoire que manifestent souvent à l'égard des personnes âgées les administrateurs, les professionnels de la santé, les familles et même les patients eux-mêmes, et l'absence de données fiables qui puissent servir à la planification des services.

Le docteur Robertson fait remarquer – avec raison, je crois – que les institutions et les services de soins de santé de longue durée doivent être considérés comme formant un système et que les politiques et les programmes doivent être conçus dans cette optique. Dans les remarques qui suivent, je me propose non seulement d'adopter ce même thème, mais de le développer pour rappeler que les soins de longue durée doivent s'insérer dans le cadre plus vaste d'un système général de soins de santé. Mes observations portent sur : 1) la planification des services conçue comme un moyen de circonvenir à une situation de crise; 2) la nature des données sur l'efficacité économique des services; et 3) une source de revenus souvent négligée pour le financement des soins de longue durée. Ces trois aspects peuvent sembler disparates, mais ils ont un thème en commun. Les questions les plus difficiles auxquelles font face les autorités du secteur de la santé sont le choix des besoins à satisfaire et la « densité » des services offerts, c'est-à-dire la part des ressources qu'on réservera aux soins aux personnes âgées plutôt qu'aux autres groupes. Les nouveaux modes de prestation, s'ils sont structurés et utilisés judicieusement, peuvent garantir l'efficacité maximale des ressources; malheureusement, leur mise au point, que ce soit pour les soins de longue durée ou pour d'autres catégories de soins, exigera également qu'on prenne des décisions très difficiles quant au partage des ressources disponibles.

Une atmosphère de crise

Des paragraphes d'introduction et de conclusion de l'exposé du docteur Robertson se dégage l'impression d'une crise imminente. Cette question mérite qu'on s'y arrête. Selon le docteur Robertson, il ne nous reste que quelques années pour planifier et implanter des systèmes de soins de santé humains axés sur la personne, en même temps qu'efficaces et abordables. Étant donné l'urgence de se préparer à la hausse projetée des besoins, nous n'aurons pas le loisir de mettre en place, de manière systématique, des mesures et des programmes dont l'efficacité fonctionnelle et économique aura déjà été démontrée. S'agit-il effectivement d'une crise imminente ? Quels sont, précisément, ces besoins ? À quels groupes ou à quels facteurs faut-il les imputer ? Si nous n'avons pas le loisir de procéder de manière systématique, d'autres possibilités nous seront-elles accessibles ?

Le Canada connaîtra-t-il une crise de la prestation de soins aux personnes âgées dans l'avenir ? On ne peut écarter cette éventualité, mais il importe d'avoir une conception aussi nette que possible de la nature de l'urgence envisagée. Celle-ci ne prendra pas la forme d'un accroissement soudain du nombre de personnes âgées. Le « troisième âge » est déjà parmi nous, et bon nombre d'entre nous en font déjà partie. En outre, les effets de l'évolution démographique ne sont pas les seuls facteurs qui peuvent drainer les fonds publics ou l'épargne des individus. L'incidence du vieillissement démographique sur le coût des soins de santé a fait l'objet de nombreux travaux de recherche, y compris d'études traitant aussi de ses répercussions sur l'économie dans son ensemble (Lefebvre et coll., 1979; Denton et Spencer, 1975 et 1983; Boulet et Grenier, 1978; Stone et Fletcher, 1980; Woods Gordon, 1984, Schwenger et Gross, 1981; Hertzman et Hayes, 1985; et R. G. Evans, 1983*b*). Les projections que renferment ces études (ou des synthèses

qu'on en a faites) mènent à un certain nombre de conclusions (R. G. Evans, 1983*b* et 1985) :

- Les répercussions du vieillissement seul sur l'utilisation de soins de santé se manifesteront lentement au cours des 50 prochaines années; les effets les plus importants commenceront à se faire sentir dans 20 ans environ.

- Ces effets se produiront principalement dans le secteur des services institutionnels, où les dépenses devraient croître de 1,5 à 2 % par année, comparativement à une hausse prévue d'environ 0,3 % par personne en soins de médecin.

- L'augmentation des dépenses en soins de santé attribuable à l'évolution démographique pourrait être absorbée par une croissance économique réelle aussi faible que 1 % et le serait certainement avec une croissance de 2 % par année.

Il ne faudrait pas que ces chiffres nous incitent à ne rien faire. Rappelons qu'on a tout à fait raison de s'inquiéter du coût futur des soins de santé pour les personnes âgées. Comme le nombre en est déjà élevé, même une faible augmentation exigerait la mobilisation de ressources considérables; elle mériterait donc qu'on s'y arrête. Étant donné l'allongement de l'espérance de vie des Canadiens depuis quelques années, les projections antérieures des dépenses sont probablement en deçà des chiffres auxquels on peut désormais s'attendre. (Il reste évidemment à déterminer l'importance de cet écart.) Ce qui importe peut-être encore davantage, toutefois, c'est que les taux d'utilisation des services « traditionnels » par les personnes âgées suivant l'âge et le sexe, qu'on suppose constants dans la plupart des projections, sont en fait en augmentation, en même temps que s'accroît la gamme des services « nouveaux ».

C'est ainsi que se révèle la nature véritable de l'état de crise prévu (R. G. Evans, 1983*b*). Ce ne sont pas les phénomènes démographiques extérieurs comme tels qui créent un problème; c'est plutôt la manière dont nous choisissons, en tant que collectivité, de *réagir* à ces phénomènes démographiques – principalement, mais non exclusivement, au moyen du système de santé – qui fait augmenter ou baisser les coûts. Nous pouvons continuer de réagir en intensifiant les services qui s'adressent aux personnes âgées, même si les avantages de telles mesures sont souvent minimes ou en tout cas contestables. Nous pouvons continuer de prendre des mesures qui poussent le système de santé à ce qu'Evans appelle sa « limite extrême » et qui consistent à fournir aux personnes âgées, dans la vie quotidienne, une aide beaucoup plus grande qu'elles n'ont reçue par le passé, en invoquant des raisons humanitaires. Ce qui importe, cependant, c'est de comprendre qu'il s'agit là de choix délibérés et que nous avons le temps de les faire de façon réfléchie. Quant à savoir si les mécanismes servant à faire ces choix sont suffisants, c'est là une autre question qui sera sans doute examinée au cours du colloque.

Une planification établie à partir de l'hypothèse qu'une situation de crise existe (surtout si on s'intéresse exclusivement aux moyens d'accroître les ressources destinées aux soins de santé) pourrait sérieusement entraver ce processus décisionnel. Elle ferait perdre de vue le fait que tout choix entraîne des compromis et des réaffectations de ressources et qu'il fait des gagnants et des perdants. Ce genre de planification confond aussi deux questions pourtant distinctes – Quelle part des ressources faut-il réserver aux personnes âgées ? Comment en maximiser le rendement ? – et tend souvent à y répondre en même temps.

L'efficacité économique

Les méthodes d'évaluation économique (y compris les analyses d'efficacité) sont le principal moyen de répondre à la seconde question[3]. Or, l'analyse de l'efficacité économique, telle qu'elle est actuellement pratiquée, sert souvent à répondre à la première question.

L'efficience (ou efficacité économique) d'un mode particulier de prestation de soins est peut-être l'argument le plus convaincant que les experts puissent invoquer en sa faveur. Pourtant, comme le signalent Doubilet et coll. (1986), le terme « efficience » peut avoir plusieurs acceptions. Sur le plan des coûts, l'efficience est souvent synonyme de « réduction des coûts » ou de « réduction des coûts accompagnée d'un maintien ou d'une amélioration des soins de santé ». Mais elle peut aussi être entendue au sens de « procurant un avantage supplémentaire qui *justifie* le coût additionnel ». Les auteurs des études citées par le docteur Robertson semblent donner au terme tantôt une signification et tantôt l'autre, bien qu'elles aient des incidences très différentes pour l'affectation des ressources.

Les nouvelles formules de prestation de soins qui permettent véritablement une réduction des coûts sans perte d'efficacité fonctionnelle sont celles qui améliorent nettement cette dernière dans le système de soins de longue durée. Malheureusement, elles sont moins fréquentes que leurs partisans veulent bien le croire, comme nous le rappellent le docteur Robertson et d'autres auteurs (Jonsson et Lindgren, 1980; Weissert, 1985). Le plus souvent, non seulement les nouveaux services ou programmes coûtent davantage, mais ils sont meilleurs

qu'auparavant. Leur mise en pratique peut sans doute améliorer l'efficacité de l'ensemble du système du point de vue de l'allocation des ressources, mais il faut bien comprendre qu'elle revient à privilégier les soins de longue durée aux dépens d'autres services de santé. Toutefois, comme le signale le docteur Robertson dans le dernier paragraphe de son exposé, l'amélioration de la santé ou de la qualité de la vie est un objectif en soi, distinct de celui de la réduction des coûts afférents. Collectivement, nous pouvons, en fait, considérer que l'amélioration de la qualité de la vie justifie un accroissement considérable des coûts nets. Il incombe néanmoins à ceux qui préconisent les nouvelles formules de prestation, qui en démontrent l'importance et qui en évaluent les coûts d'être plus explicites (et plus honnêtes) quant au sens qu'ils donnent à l'expression « efficacité économique ».

Le financement

On peut supposer qu'on ne pourra financer certains des nouveaux services de longue durée, sinon la plupart, à l'aide d'une réduction des coûts ailleurs dans le secteur de la santé ou dans celui des services sociaux. Dès lors, on pourrait examiner longuement les avantages relatifs de diverses sources de revenu, tant publiques que privées, et nous aurons sans doute l'occasion de le faire au cours du colloque. Mon propos est ici de signaler une source importante mais souvent négligée de financement des soins de longue durée, c'est-à-dire l'élimination des services ou modes d'utilisation inefficaces, sur le plan fonctionnel aussi bien qu'économique, dans les autres domaines du secteur de la santé.

La détermination du degré exact d'efficacité de notre système est une question empirique. Il n'existe pas encore de modèle global soigneusement construit, bien qu'il s'impose de plus en plus d'en avoir un. L'effet de distorsion m'apparaît en effet être considérable pour les raisons suivantes :

- De nombreux services et procédés sont inefficaces ou, le plus souvent, sont fournis ou utilisés à des niveaux ou à des fréquences qui dépassent le seuil d'efficacité;

- On pourrait offrir de nombreux services efficaces à un coût moins élevé (sans diminution de l'efficacité) si l'on modifiait les méthodes, le personnel ou les installations;

- On pourrait réduire l'inefficacité des modes de prestation et d'utilisation inhérents à la rémunération ponctuelle des médecins ayant une pratique individuelle ou regroupée, en faisant appel à des formules telles que les groupes de médecins rémunérés sur une base per capita et peut-être les centres de santé communautaires (Stoddart, 1985).

L'examen des politiques qui permettent au secteur de la santé de négliger ces faits fournit une leçon précieuse pour l'organisation d'un système de soins de longue durée. On peut concevoir le secteur de la santé au Canada comme étant un système où le financement est divorcé de la gestion – plus précisément, un système financé par l'État mais géré par le secteur privé (Stoddart, 1985). Les gouvernements provinciaux ont accepté de « payer la note » du secteur de la santé et, en général, hésitent à prendre des mesures qui pourraient être considérées comme une ingérence dans la pratique de la médecine. Ils ont axé les mesures de contrôle des coûts, avec succès jusqu'à tout récemment, sur la restriction des honoraires de médecins, du nombre de lits et des budgets des hôpitaux. Ils se sont cependant abstenus de prendre des mesures concrètes pour assurer l'application des changements susceptibles d'accroître l'efficacité fonctionnelle et économique du système. Ils n'ont pas non plus adopté de mécanismes de compensation destinés à récompenser ceux qui font preuve d'efficacité, de sorte que les « styles » de pratique relativement coûteux demeurent la norme. On ne pourra, à long terme, maintenir une telle stratégie en place, et c'est pourquoi on examine de plus en plus souvent de nouveaux scénarios de soins de santé (Stoddart, 1985; Bird et Fraser, 1981; R. G. Evans, 1984; et Lomas, 1986). La conclusion qu'il faut en tirer pour le développement de n'importe quel secteur du système de la santé s'impose à l'évidence : l'orchestre doit avoir son chef, qu'il soit visible ou non pour l'auditoire.

John M. Horne

L'exhortation du docteur Robertson à adopter une démarche radicale dans l'élaboration de formules de rechange visant la dispensation de soins de santé aux personnes âgées au Canada fait écho au rapport du Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, publié récemment par l'Association médicale canadienne (voir l'exposé du docteur Robertson plus haut et AMC, 1984). De ces deux textes se dégagent deux préoccupations fondamentales : un sentiment d'inquiétude, suscité par la tendance du système de soins de santé à s'en remettre largement aux programmes destinés aux malades hospitalisés pour répondre aux besoins des personnes âgées non autonomes, et une attitude critique à l'égard de cette pratique jugée inefficace, inefficiente et inhumaine. Le docteur Robertson et le Groupe de travail de l'AMC craignent également tous deux que la situation actuelle ne se prolonge en raison des contraintes prévisibles sur les ressources financières et de la croissance accélérée des générations âgées. Selon le Groupe de travail, si on

continue de placer les personnes âgées dans des établissements de soins au même rythme qu'à l'heure actuelle, non seulement les coûts deviendront-ils prohibitifs, mais on perpétuera cette pratique mesquine qui consiste à « entreposer » les aînés (AMC, 1984, p. 37). De son exposé instructif sur les éléments essentiels d'un système de soins de longue durée de qualité supérieure, il ressort en outre que le docteur Robertson partage en gros l'opinion du Groupe de travail quant à la nécessité de réorienter les ressources affectées aux soins de santé afin d'accorder la priorité au développement de services locaux qui permettraient de maintenir les personnes âgées hors des établissements de soins le plus longtemps possible, en vue non seulement de réduire les coûts mais également d'améliorer la qualité de la vie pour ces personnes (AMC, 1984, p. 18). En soulignant les critères qui doivent dès lors présider à la planification de la politique de la santé et en rejetant les solutions fragmentaires en faveur d'une « reconstruction radicale », le docteur Robertson rappelle ainsi ce que le Groupe de travail a appelé la nécessité de reformer complètement le système de soins de santé (AMC, 1984, p. xi).

La similarité de ces appréciations et de ces prescriptions est frappante. Elle révèle que les praticiens des sciences de la santé sont de plus en plus unanimes à croire que le système actuel de soins de longue durée souffre de lacunes graves, sinon fatales, et qu'une réforme fondamentale s'impose. L'ironie, c'est que cette évolution des attitudes survient justement au moment où des observateurs bien informés font l'éloge de ce système pour la compassion dont il fait preuve en élargissant graduellement le principe de la prestation de l'assurance universelle par l'État aux établissements de soins de longue durée et aux services de soins à domicile (Kane et Kane, 1985*b*). Évidemment, il est toujours possible d'améliorer un système et il ne faut pas s'étonner que c'est dans des examens faits de l'intérieur, comme celui du Groupe de travail et de professionnels comme le docteur Robertson, qui ont une vaste expérience directe en gériatrie, qu'on trouve les éloges les plus discrets et les critiques les plus sévères. Ce dont il faut s'inquiéter, c'est que ces introspections traduisent toutes une profonde déception à l'égard du système actuel et une grande inquiétude quant à ses possibilités de développement positif dans les prochaines décennies.

Une étude commandée par le Groupe de travail auprès de Woods Gordon (1984), entreprise de conseillers en gestion, vient conforter ce pessimisme. Intitulée « Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada », l'étude précise que si les modes actuels de prestation des soins sont maintenus, la croissance et le vieillissement projetés de la population feront grimper les dépenses annuelles en soins de santé de 13,7 milliards de dollars en l'an 2021. Ce chiffre représenterait une hausse globale de 75 % par rapport au coût global des soins de santé (exclusion faite du coût des immobilisations) à tous les échelons de gouvernement en 1981 (18,5 milliards), ce qui équivaudrait à une hausse moyenne des dépenses annuelles de 1,4 %. L'étude de Woods Gordon souligne aussi que le problème majeur consisterait à aménager 118 000 et 276 000 lits supplémentaires dans les hôpitaux et dans les centres de soins de longue durée d'ici à 2021. Pour concrétiser le premier de ces chiffres, il faudrait que les dépenses publiques en construction reviennent au rythme soutenu des années 60; quant au second objectif, il requerrait une activité de construction sans précédent (Woods Gordon, 1984, p. 52). Ensemble, ces deux programmes de construction entraîneraient des dépenses cumulatives en immobilisations de plus de 30 milliards (en dollars de 1981) d'ici l'an 2021. Des chiffres de cet ordre ont évidemment pour effet de conforter les arguments économiques contre le maintien de la situation actuelle et la pratique de l'entreposage des vieillards.

Woods Gordon a également examiné les effets qu'auraient sur les besoins et sur les coûts projetés quatre scénarios dans lesquels étaient considérées diverses modifications au système actuel, soit des mesures pour : 1) abaisser la proportion des personnes âgées résidant dans des établissements de soins (hôpitaux, centres de soins de longue durée et de soins aux déficients mentaux) du chiffre actuel de 9,45 à 6,0 %, et reconnaître l'admissibilité de tous les patients ainsi « déshospitalisés » aux services de soins à domicile; 2) abaisser le nombre de malades mentaux résidant dans des établissements psychiatriques aux niveaux atteints par la Saskatchewan en 1981; 3) abréger d'une journée la durée moyenne des séjours des patients âgés de moins de 65 ans dans les hôpitaux généraux et spécialisés; et 4) incorporer dans le système de soins primaires des services infirmiers de premier recours en vue de diminuer en partie les besoins projetés en médecins. Les économies qu'engendreraient ensemble ces quatre scénarios en l'an 2021 seraient de 6,8 milliards de dollars, soit près de la moitié des dépenses d'exploitation projetées dans le cadre du régime actuel. Les gains seraient encore plus importants dans le cas des immobilisations, dont le coût serait inférieur de 60 % aux projections actuelles, le nombre de lits supplémentaires requis tombant à 42 000 pour les hôpitaux et à 129 000 pour les établissements de soins de longue durée. Fait à souligner, presque tous ces gains financiers (89 %) viennent du premier scénario, c'est-à-dire de la réduction du nombre de personnes âgées résidant dans des établissements de soins. Il n'est pas étonnant que les lecteurs de l'étude de Woods Gordon se soient arrêtés à ce résultat (voir l'exposé de Auer à l'appendice B et celui de Walker au chapitre 3) et que le Groupe de travail de

l'AMC ait accordé une importance disproportionnée à ce qu'il appelle « la solution de la désinstitutionnalisation ».

Si l'étude de Woods Gordon doit continuer d'influer sur le débat relatif aux diverses formules possibles de prestation des soins de santé, il faudra que les scénarios qu'elle renferme soient l'objet d'un examen plus rigoureux qu'ils ne l'ont été, à ma connaissance, jusqu'à ce jour. Or, le colloque d'aujourd'hui fournit à cette fin un cadre approprié et opportun, et c'est pourquoi je consacrerai à cette question le reste de mes commentaires. Je m'attarderai en particulier aux scénarios 1, 3 et 4 pour voir comment ils se comportent lorsqu'on fait appel à des hypothèses autres que celles de Woods Gordon. Dans la plupart des cas, ces hypothèses s'inspireront d'études empiriques publiées ou d'autres sources de données accessibles. Quant aux autres, elles ne devront leur caractère raisonnable qu'au fait qu'elles émanent de consultations avec des professionnels bien informés – approche qu'a également utilisée Woods Gordon. En outre, pour assurer que l'analyse soit plus complète et pour éviter ce qu'on peut considérer comme des omissions discutables dans les perspectives futures élaborées par Woods Gordon, j'ajouterai deux scénarios aux quatre déjà établis – l'un reposant sur l'amélioration de l'efficacité opérationnelle des hôpitaux où sont dispensés des soins, et l'autre postulant l'élimination de certains services médicaux marginalement inefficaces. La dernière section de l'exposé résumera les économies potentiellement réalisables à l'aide de cette liste élargie de scénarios et les compare à celles qu'engendrent les calculs de Woods Gordon.

Scénario 1 : « Déshospitalisation » des personnes âgées

L'expression « taux d'hospitalisation » des personnes âgées pouvant, comme chacun sait, s'appliquer à des réalités assez différentes, notons au départ que, dans l'étude de Woods Gordon, elle désigne le pourcentage quotidien moyen de personnes âgées résidant dans les hôpitaux généraux et spécialisés, dans les établissements de soins de longue durée et dans les établissements psychiatriques. Ce qui distingue cette définition – et ce par quoi elle est discutable –, c'est qu'elle inclut toutes les durées de séjour dans les hôpitaux, c'est-à-dire non pas seulement les séjours prolongés dans les hôpitaux de soins actifs mais tous les séjours, quelle qu'en soit la durée. C'est à l'aide de cette définition que Woods Gordon a évalué le taux d'hospitalisation au Canada à 9,45 % en 1980-1981 et, après une brève considération des chiffres relevés pour le Royaume-Uni (5,0 %), les États-Unis (5,3 %) et l'Australie (5,9 %), a établi une cible globale de 6,0 %, que le Canada doit atteindre en l'an 2001 et maintenir au moins jusqu'en 2021 (Woods Gordon, 1984, p. 56).

Les experts présents à ce colloque pourront probablement débattre l'à-propos de cette cible et la validité des comparaisons internationales sur lesquelles elle repose[4]. Pour sa part, le docteur Robertson semble indirectement appuyer l'objectif proposé lorsqu'il fait état du taux actuel de 9 % au Canada et, plus loin, déclare qu'après avoir épuisé toutes les options en matière de soins communautaires, il faudra compter qu'au moins 6 % des personnes âgées devront vraisemblablement recevoir des soins de longue durée dans des établissements hospitaliers ou autres (pp. 72 et 78). Toutefois, en faisant mention des soins de longue durée, il contredit implicitement la définition plus large formulée par Woods Gordon. En outre, le docteur Robertson semble également se contredire lorsqu'il affirme que la « déshospitalisation » des personnes âgées n'entraînera la mise en congé que d'un nombre restreint de patients de longue durée (p. 78). À tout le moins faut-il se demander combien de personnes représente ce « nombre restreint ».

On peut répondre provisoirement à cette question en disant tout de suite que 36,5 % de la population actuelle de ces établissements devraient les quitter pour que le taux global passe de 9,45 % à l'objectif de 6,0 %. Peut-être plus significatif encore est le nombre de personnes âgées qui devraient quitter quotidiennement les hôpitaux et les centres de soins de longue durée pour réaliser les taux de 1,5 et 4,5 %, respectivement, proposés pour ces deux catégories d'établissements. D'après les données de l'étude de Woods Gordon, le total des départs dans les deux types d'établissements excéderait, dans l'ensemble du pays, le chiffre de 78 000 au cours de l'année de référence (1981) et serait multiplié par 2,5 pour atteindre près de 196 000 à l'horizon du scénario, c'est-à-dire en l'an 2021. Tant en 1981 qu'en 2021, 70 % des patients âgés devraient ainsi quitter les établissements de soins de longue durée. S'agit-il là de « nombres restreints » ? Certains en douteront.

Dans l'analyse de Woods Gordon, les avantages financiers que procurerait la déshospitalisation à 6 % reposent sur un postulat critique : toutes les personnes âgées quittant les centres de soins de longue durée seraient réintégrées dans la collectivité et bénéficieraient de soins à domicile équivalant à la visite hebdomadaire d'une infirmière de l'Ordre de Victoria (par exemple). Pour évaluer les coûts des soins prodigués aux personnes âgées dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée, Woods Gordon a postulé des tarifs quotidiens moyens de 185 $ et 45 $, respectivement. Les calculs ont donné des économies réalisables, en 2021, par rapport au maintien du système actuel, de 3,8 milliards de

dollars au poste des coûts d'exploitation des hôpitaux et de 2,3 milliards pour les centres de soins de longue durée[5].

On peut, à l'aide de deux démarches distinctes, démontrer la sensibilité de ces résultats à d'autres hypothèses. Dans un premier temps, on retient l'hypothèse de la réintégration des personnes âgées dans la collectivité, mais on substitue, aux tarifs moyens utilisés par Woods Gordon – qui s'appliquent à l'ensemble des patients des hôpitaux et centres de soins –, des tarifs quotidiens reflétant plus fidèlement le coût des soins reçus par les personnes âgées. D'autres hypothèses tout aussi raisonnables sont également formulées quant aux besoins des personnes âgées en soins à domicile et quant au coût de ces services. Dans la deuxième opération, l'hypothèse du retour à la maison est retenue uniquement pour les personnes dans les centres de long séjour; on postule que celles qui doivent quitter les hôpitaux (pour abaisser le taux d'hospitalisation à 1,5 %) sont peu aptes à bénéficier de soins dispensés à domicile et qu'elles seront, par conséquent, transférées dans les établissements de soins de longue durée. Cette dernière modification équivaut à relever les objectifs de 4,5 à 5,5 %, pour ces établissements, et de 6,0 à 7,0 %, pour l'ensemble. Chaque démarche sera examinée séparément.

Pour ce qui est des tarifs quotidiens, les auteurs de l'étude de Woods Gordon ont noté, avec justesse, le manque de données sur la ventilation des coûts unitaires selon l'âge et le sexe et ils ont donc dû recourir à des tarifs s'appliquant à l'ensemble des patients, sans distinction d'âge ou de sexe (ou de tout autre facteur), ce qui ne manque pas de susciter des difficultés dans l'analyse. Dans le cas des hôpitaux, par exemple, les données pour le Manitoba révèlent qu'environ la moitié des jours d'hospitalisation imputables aux personnes âgées est constituée de séjours de 60 jours ou plus (Manitoba Health Services Commission, 1982). Puisque ces séjours prolongés sont précisément l'élément visé par un scénario qui viserait à abaisser de 39 % le taux d'hospitalisation des personnes âgées, il semble raisonnable de supposer que les coupures seraient limitées aux séjours prolongés et que le nombre de ces cas serait de toute manière assez élevé pour que soit atteint le taux recherché. En outre, le bon sens et les données disponibles (Hochstein, 1984) semblent indiquer que les tarifs quotidiens moyens pour les séjours prolongés (ne requérant pas de soins intensifs) sont sensiblement inférieurs à ceux des séjours plus brefs nécessitant plus de services et des soins intensifs. Pour toutes ces raisons, le coût de 185 $ utilisé par Woods Gordon pour évaluer les économies qu'engendrerait la déshospitalisation des patients âgés est donc trop élevé. Si on y substitue la moyenne des tarifs exigés dans les hôpitaux (185 $) et dans les centres de long séjour (45 $), soit 115 $ – chiffre raisonnable, bien qu'arbitraire –, l'économie que procurerait une réduction de 20,4 millions de jours d'hospitalisation en 2021 diminuerait de 3,8 à 2,4 milliards de dollars.

On peut appliquer un raisonnement similaire aux longs séjours. Ainsi, le régime public d'assurance universelle du Manitoba pour les établissements de soins aux personnes âgées repose sur une distinction, tant au niveau de l'administration générale que de la prestation des services, entre quatre niveaux de soins. Deux de ces niveaux, soit le niveau 1 (soins d'hébergement) et le niveau 2 (soins personnels) comportent certains services paramédicaux ou autres. Si l'on décidait de ramener le taux d'hébergement à 4,5 %, la réintégration sociale des personnes identifiées au niveau 1 pourrait s'effectuer assez facilement, alors que celle des personnes identifiées au niveau 2 poserait plus de problèmes du fait qu'elles sont moins autonomes en matière de soins personnels et de mobilité. Au Manitoba, environ la moitié des personnes âgées vivant dans des maisons de soins personnels se trouvent classées aux niveaux 1 (15 %) et 2 (35 %) (Manitoba Health Services Commission, 1982); le taux (ajusté selon l'âge) d'admission à ces établissements était de 5,8 % en 1980/1981. Une démarche visant à abaisser ce chiffre à 4,5 % exigerait la mise en congé de toutes les personnes de niveau 1 et d'une faible proportion de celles classées au niveau 2. Toutefois, comme le taux national correspondant en 1980/1981 excédait (à 6,8 %) le taux enregistré au Manitoba, une démarche visant à réduire la proportion des longs séjours pourrait bien nécessiter une hausse des mises en congé des personnes de niveau 2. Aux fins qui nous intéressent ici, nous supposons que les mises en congé requises de 34,4 % (pour abaisser le taux global de 6,8 à 4,5 %) toucheraient en proportions égales les personnes des deux niveaux. Il est à peu près certain que les coûts unitaires correspondant à chacun de ces deux niveaux sont inférieurs aux coûts unitaires moyens pour l'ensemble des quatre niveaux; la composition de la clientèle est d'ailleurs l'un des éléments considérés par l'organisme central de financement des soins de santé au Manitoba lors de l'approbation des budgets des centres de soins aux personnes âgées. C'est pourquoi on est justifié d'utiliser un tarif inférieur aux 45 $ utilisés par Woods Gordon pour évaluer les économies qu'on réaliserait en mettant en congé des personnes résidant dans ces établissements. Les montants de 25 $ et 35 $ retenus pour les niveaux 1 et 2, respectivement, paraissent acceptables, du moins pour les fins de notre analyse. Ces substitutions faites, l'avantage financier que procurerait une réduction de l'utilisation des centres de long séjour par les personnes âgées – une réduction de 51,0 millions de jours en 2021 – passe de 2,3 milliards à 1,5 milliard de dollars.

Pour ce qui est des besoins en services organisés de soins à domicile pour toutes les personnes âgées qui

auraient ainsi réintégré la collectivité, Woods Gordon a estimé que le volume accru des visites à domicile effectuées par le personnel infirmier atteindrait 10,3 millions et que les coûts supplémentaires associés à ces services se chiffreraient à 185 millions de dollars en 2021[6]. Le régime mis en place au Manitoba il y a une dizaine d'années, qui est universel et comprend des soins à domicile, y compris divers soins de santé ainsi que des services d'auxiliaires familiales et autres, semble indiquer qu'il y aurait lieu d'envisager des chiffres moins bas (et peut-être plus réalistes). Dans le cas des personnes retirées des hôpitaux, une étude récente indique qu'il faut établir une distinction entre les soins palliatifs pour celles qui autrement seraient décédées à l'hôpital et les soins à domicile qui nécessitent des services moins spécialisés (Shapiro, 1983). À partir de cette étude et d'autres données, on peut raisonnablement supposer qu'environ un cinquième des 20,4 millions de jours de déshospitalisation aurait été imputable aux personnes décédées pour lesquelles les soins palliatifs à domicile auraient pu coûter 40 $ par jour au cours de l'année de référence (1981)[7]. Pour les « survivants », c'est-à-dire les quatre cinquièmes des patients déshospitalisés, les coûts unitaires, établis à partir des données recueillies pour le Manitoba, s'élèveraient à 175 $ par mois (en dollars de 1981)[8]. Quant aux résidants des centres de long séjour qui retourneraient à la maison pour y recevoir des soins à domicile, l'hypothèse retenue (conformément aux résultats pour le Manitoba) envisage des coûts sensiblement inférieurs, soit une moyenne de 100 $ par mois[9]. Dans l'ensemble, les coûts du régime universel de soins à domicile, qu'on peut estimer à partir de l'expérience très pertinente du Manitoba, seraient donc de 430 millions de dollars en 2021 dans le cadre du scénario visant à réduire à 6 % le nombre des personnes âgées dans les centres de soins ou les hôpitaux. Ce chiffre est 2,3 fois plus élevé que celui de 185 millions, estimé par Woods Gordon.

La seconde démarche entreprise dans l'analyse de la sensibilité du scénario 1 pour l'an 2021 comporte la modification, ci-haut mentionnée, de l'hypothèse de la réintégration dans la collectivité. Si on postule (ce qui est plausible) qu'*aucun* des patients déshospitalisés, auxquels seraient imputés 20,4 millions de jours d'hospitalisation prolongée, ne pourrait retourner à la maison pour y recevoir des soins personnels mais que toutes ces personnes doivent être transférées dans des centres de long séjour, on peut facilement démontrer que les économies envisagées au titre des soins de longue durée sont bien inférieures à l'estimation initiale de Woods Gordon (2,3 milliards) et à celle qui a été calculée ci-haut à l'aide de nouveaux coûts unitaires (1,5 milliard). Il suffit de postuler que les patients transférés formeront deux groupes égaux ayant besoin d'une gamme étendue de soins diversifiés et correspondant aux niveaux 3 et 4 dans la classification manitobaine, et que les tarifs quotidiens correspondants se situent, ensemble, à une moyenne de 60,50 $ (de 50 % *plus élevée* que le tarif de 45 $ retenu par Woods Gordon pour l'ensemble des personnes hébergées dans ces établissements). Les économies nettes réalisables au titre des soins de longue durée ne s'élèveraient plus qu'à 150 millions de dollars[10]. La réduction du nombre de personnes retournant à la maison abaisserait à 170 millions les coûts à rajouter pour financer des soins à domicile comparables à ceux qui sont offerts au Manitoba. Ensemble, ces rajustements apportés aux coûts des soins prolongés et des soins à domicile complètent l'évaluation de cette approche relativement faible à la « déshospitalisation », c'est-à-dire celle qui prévoit une baisse du taux global à 7,0 % en 2021.

Le tableau 4-1 résume les résultats de cette analyse de sensibilité pour le scénario 1. D'emblée, on observe le fléchissement marqué, de 3,8 à 2,4 milliards de dollars, des économies réalisables au titre des coûts d'exploitation des hôpitaux, par rapport aux projections actuelles, lorsqu'on substitue aux tarifs quotidiens applicables à l'ensemble des patients, utilisés par Woods Gordon, des chiffres plus élevés correspondant à des coûts unitaires qui varient suivant la composition de la clientèle. On constate par ailleurs la baisse également spectaculaire des économies réalisées au titre des soins de longue durée, de 2,3 milliards à 1,5 milliard, lorsqu'on effectue la même substitution. On note la hausse considérable des coûts à rajouter au titre des services de soins à domicile lorsqu'on incorpore les données pour le Manitoba dans le scénario visant la cible de 6 %. Signalons, enfin, la baisse marquée des économies globales du scénario 1, lesquelles passent de 5,9 milliards (Woods Gordon) à 3,5 et 2,3 milliards, respectivement, dans les scénarios modifiés de coûts unitaires avec les cibles de 6 % et de 7 %.

Scénario 3 : Réduction de la durée moyenne des hospitalisations

Dans le modèle de Woods Gordon, ce scénario a été élaboré pour étudier les effets qu'aurait un abrégement du séjour moyen des patients âgés de moins de 65 ans dans les hôpitaux généraux et les centres spécialisés (Woods Gordon, 1984, p. 62). Suite à des entretiens avec des membres du Groupe de travail de l'AMC et des représentants des gouvernements et des milieux hospitaliers, les auteurs ont postulé que la durée moyenne d'hospitalisation serait abrégée d'une journée en l'an 2001, du fait qu'on pourrait davantage recourir à la chirurgie de jour, aux examens de préadmission, aux séjours brefs dans les cliniques d'obstétriques, aux unités de soins autoadministrés et aux systèmes d'accélération des mises en congé. Le recours aux techniques nouvelles

Tableau 4-1

Économies engendrées par la déshospitalisation, par rapport aux projections, fondées sur le maintien de la situation actuelle, des dépenses annuelles d'exploitation des hôpitaux, des centres de soins de longue durée et des soins à domicile, 2021

En milliards de dollars de 1981

	Woods Gordon	Option 1 : Révision des coûts	Option 2 : Révision des coûts et des utilisations
Hôpitaux	3,8	2,4	2,4
Centres de soins de longue durée	2,3	1,5	0,150
Soins à domicile	–0,183	–0,430	–0,170
Total	5,9	3,5	2,3

pourrait également contribuer à l'abrégement de la durée des séjours. L'application de ce scénario en 2021 entraînerait une réduction de 11 % du taux d'hospitalisation pour la population âgée de moins de 65 ans et, le tarif quotidien de 185 $ servant ici aux calculs, une économie de 620 millions de dollars par rapport aux projections reposant sur le maintien de la situation actuelle.

Certaines considérations nous amènent à penser que l'objectif de l'abrégement d'une journée et l'estimation des économies qui en découlent sont par trop modestes. En premier lieu, les données contenues dans l'étude de Woods Gordon montrent qu'en 1980/1981 les taux d'hospitalisation, ventilés selon l'âge et le sexe, étaient, dans plusieurs provinces, *inférieurs* aux cibles implicitement visées. Bien plus, si on applique ces estimations à l'échelle nationale, on constate qu'en 2021 les économies réalisées dépasseraient de 340 millions les chiffres projetés par Woods Gordon ! Tant qu'on n'aura pas démontré que l'état de santé moyen des résidants des provinces affichant des taux d'hospitalisation inférieurs est moins bon que celui des habitants des provinces affichant des taux plus élevés, on peut donc postuler que ces taux d'hospitalisation plus faibles représentent des objectifs réalistes.

Deuxièmement, les recherches effectuées sur les variations entre les régions (y compris au sein de petites régions) dans les provinces en matière d'utilisation des services hospitaliers ne révèlent aucune différence importante ou même significative, quant à l'état de santé des divers secteurs de la population, qui puisse expliquer les écarts interrégionaux des taux d'hospitalisation. C'est ainsi que, toujours au Manitoba, les auteurs d'une étude récente n'ont pu trouver d'explication claire du fait que le taux d'hospitalisation par habitant (en nombre de jours), ajusté en fonction de l'âge et du sexe, soit de 44 % plus élevé à Brandon qu'à Winnipeg en 1981/1982, et qu'il soit également supérieur de 34 % pour les habitants des régions rurales (Roch et coll., 1985, p. 216).

Troisièmement, lors d'un test aléatoire contrôlé effectué récemment, on a constaté que le taux d'hospitalisation (en nombre de jours) d'un groupe de participants à un régime de services payés à l'avance était 40 % moins élevé que celui d'un groupe témoin participant à un régime payant (Manning et coll., 1984). Cet écart indique clairement que les facteurs institutionnels et économiques jouent un rôle à l'égard des différences observées quant au degré d'utilisation des services hospitaliers, en même temps qu'il montre que les différences quant à l'état de santé n'ont aucune influence.

Quatrièmement, il est peut-être encore plus pertinent de noter que les diverses mesures signalées par Woods Gordon comme pouvant mener à la réduction visée de 11 % du taux d'hospitalisation pourraient presque certainement produire de meilleurs résultats si on les appliquait pleinement et à l'échelle du pays. Par exemple, Shah (1980) a établi que si, au milieu des années 70, on avait étendu à l'échelle du pays l'expérience de la Colombie-Britannique en matière de chirurgie de jour, le taux global d'hospitalisation aurait diminué de près de 9 % et on aurait ainsi réalisé, quatre décennies et demie plus tôt que prévu, plus des quatre cinquièmes de l'objectif fixé par Woods Gordon pour l'an 2021 ! Quant aux séjours obstétriques de courte durée, si on adoptait, à l'échelle du pays, des programmes d'accélération des congés pour les accouchements normaux, on pourrait vraisemblablement abaisser de 6 % le taux global d'hospitalisation des femmes âgées de 15 à 44 ans[11].

Ces exemples et ces considérations montrent qu'il est possible de réduire sensiblement le taux d'hospitalisation des personnes âgées de moins de 65 ans et, à mon avis, constituent une raison solide de fixer un objectif de 30 % dans ce domaine[12]. Si l'on établit la valeur des 9,1 millions de jours d'hospitalisation correspondant à ce taux à l'aide du tarif quotidien de 185 $[13], l'économie projetée par Woods Gordon croît 2,7 fois pour atteindre 1,7 milliard de dollars.

Scénario 4 : L'adoption de services infirmiers de premier recours

Woods Gordon (1984, p. 64) a élaboré ce scénario en vue d'examiner de quelle façon évoluerait la demande additionnelle en médecins si l'on confiait à des infirmiers/infirmières de premier recours (selon l'expression de l'Organisation mondiale de la santé) la tâche de dispenser des soins primaires. Cette démarche visait à déterminer quelle proportion de cette demande supplémentaire, suivant les projections établies d'après les tendances actuelles, pourrait être satisfaite par l'adoption de cette formule; les auteurs de l'étude de Woods Gordon n'ont cependant pas examiné la possibilité de remplacer les médecins déjà en place, ce qui a d'ailleurs eu une incidence particulière sur l'analyse. Faisant appel à un paramètre de substitution convenable, bien que plutôt prudent, tiré d'une étude de cette question (Lomas et Stoddart, 1982), Woods Gordon a montré que 2 705 infirmiers et infirmières de premier recours (*nurse practitioners*) pourraient se substituer à de nouveaux médecins, ce qui abaisserait de 47 à 41 % la demande en médecins. Par ailleurs, si l'on postule que tous les médecins déjà en place étaient ainsi remplacés, le nombre total de débouchés pour les infirmiers et infirmières de premier recours en 2021 atteindrait 6 705 ! Spitzer (1984) a eu bien raison de parler de « la mort à petit feu d'une bonne idée » pour caractériser la résistance de longue date à l'incorporation de cette formule dans le système canadien de soins de santé, alors que bon nombre d'auteurs l'ont jugée sûre et efficace. Il me paraît en tout cas injustifiable que, dans le cadre d'une étude destinée à explorer de nouvelles avenues pour une réorientation du système dans son ensemble, on minimise les possibilités d'adopter la formule des soins de premier recours d'ici l'an 2021.

Tout aussi inexcusable est la décision de Woods Gordon de ne pas effectuer de projections des économies que pourrait engendrer ce scénario. La difficulté, selon les auteurs, tenait au niveau général des débats relatifs à l'efficacité économique de la formule des services infirmiers de premier recours et de l'absence d'une base de données valable de laquelle on pût tirer des conclusions fiables. Cette affirmation paraît peu convaincante, car il serait difficile d'ignorer l'existence d'une étude aussi minutieuse que celle que Denton et coll.(1982) ont consacrée à cette question. L'oubli est d'autant plus étonnant que Woods Gordon reconnaît avoir utilisé une étude portant sur ces mêmes questions (Lomas et Stoddart, 1982) pour calculer les possibilités de substitution ! Dans l'étude de Denton et coll., on estime à 10 ou 15 % du coût global des services médicaux les économies qu'engendrerait la formule des soins infirmiers de premier recours. Si on applique la moyenne de ces deux pourcentages aux projections actuelles des dépenses au titre des services médicaux (5,7 milliards de dollars en 2021)[14], ce scénario laisse entrevoir des économies de 630 millions.

Scénario 5 : Amélioration de l'efficacité opérationnelle des hôpitaux

Bien que Woods Gordon n'ait pas considéré ce scénario, il me semble tout à fait justifié de l'ajouter à la liste, pour diverses raisons fort valables.

Déjà, en 1969, le Comité d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada indiquait dans son rapport que, selon les bureaux d'experts-conseils qui connaissaient les milieux hospitaliers, la productivité des hôpitaux pouvait augmenter de 10 à 30 % si on adoptait des méthodes de travail efficacement contrôlées. Ces techniques avaient été appliquées avec succès dans certains grands hôpitaux, dont les dépenses d'exploitation avaient diminué sensiblement.

S'il est concevable que certaines améliorations se soient produites depuis 1969, il ne l'est pas que tous les gains d'efficience potentiels aient été pleinement exploités. Les hôpitaux continuent de recourir aux services d'experts-conseils pour améliorer leur rendement opérationnel, ce qui révèle, dans une certaine mesure, que les pertes et l'inefficience n'ont pas disparu.

Deuxièmement, le Comité d'étude de 1969 faisait également état de la difficulté d'évaluer la qualité des soins infirmiers et de l'absence d'un mécanisme adéquat permettant de déterminer quelles quantités et quelles catégories de personnel infirmier sont requises pour dispenser aux patients les soins nécessaires; c'était là, soulignait le Comité d'étude, une lacune qui ne favorisait guère les efforts en vue de réaliser des économies. Certains progrès ont certes été enregistrés à cet égard, mais plusieurs directeurs des soins infirmiers m'ont récemment indiqué qu'il restait beaucoup à faire.

Un troisième point, relié à l'observation précédente, c'est que les données sur les hôpitaux manitobains (à Winnipeg et Brandon) de soins actifs qui ne dispensent

pas d'enseignement révèlent, au chapitre des soins infirmiers, des écarts de productivité de 10 à 30 % (mesurés approximativement à l'aide du nombre de jours d'hospitalisation par membre du personnel infirmier à plein temps). Ces écarts ne trouvent pas d'explication évidente dans les différences au niveau de la taille des établissements ou de la composition de la clientèle.

Quatrièmement, et c'est mon dernier point, dans un document utile préparé pour ce colloque, où il passe en revue les résultats de ses propres travaux sur les dépenses et la productivité des hôpitaux, Auer affirme notamment que, si ces dépenses doivent être contenues à l'avenir, il faudra améliorer la productivité des hôpitaux au moyen de mesures propres à accroître leur efficience (voir l'appendice A).

À la lumière de ces considérations, il me semble raisonnable de conclure qu'il est tout à fait possible de réaliser des gains en efficience d'environ 10 %; le taux de 7 % est retenu dans le scénario par souci de prudence. Si on réduit de ce pourcentage le taux quotidien de 185 $ en 1981 et qu'on applique le résultat obtenu à 52,48 millions de journées d'hospitalisation projetées pour 2021 *après* avoir tenu compte des gains d'efficience (répartis) attribuables aux réductions, présumées non nuisibles, des taux d'hospitalisation dans le cadre des scénarios 1 et 2, on obtient des économies de l'ordre de 680 millions de dollars.

Scénario 6 : Élimination de certains services médicaux marginalement inefficaces

Ce scénario est ajouté à la liste pour tenir compte des études de plus en plus nombreuses qui montrent que certains services sont inefficients ou, ce qui arrive plus souvent, sont utilisés à une fréquence qui dépasse le niveau compatible avec la notion d'efficience marginale. Parmi les études qui mettent sérieusement en doute la relation supposée entre la fréquence d'utilisation des services et l'état de santé de la population, citons les travaux sur les pratiques chirurgicales courantes au Manitoba (Roos et coll., 1977; Roos et Roos, 1981) et une évaluation récente attentive de l'examen médical des bébés en santé, selon laquelle une réduction des visites en deçà du nombre de celles qui sont payées par le régime d'assurance-santé de l'Ontario n'aurait aucune incidence négative (Gilbert et coll., 1984). De même, la fréquence des recours aux nombreuses techniques de diagnostic de routine – telles que les radiographies pulmonaires, les électrocardiogrammes et les endoscopies – continue, en l'absence d'évaluations étroitement contrôlées, de susciter des controverses (Kahn et coll., 1985).

C'est d'ailleurs le manque d'évaluations approfondies des pratiques médicales courantes qui gêne le plus les gouvernements provinciaux, qui sont contraints par leur propre législation en matière de soins de santé de payer tout service jugé nécessaire par un médecin. Dans ces circonstances relativement confuses, il est impossible de déterminer l'incidence éventuelle de services marginalement inefficients, mais aucun observateur bien informé n'ira affirmer qu'elle est nulle. Un taux de 10 % est arbitrairement choisi ici pour démontrer à quel point il importe d'améliorer quantitativement et qualitativement les efforts dans ce domaine. Au risque de verser dans une précision trompeuse, nous appliquons ce pourcentage à la facture de 5,1 milliards en soins médicaux projetée pour 2021, uniquement après déduction de la valeur des services infirmiers de premier recours (scénario 4). Suivant ce calcul, l'économie engendrée par le scénario 6 est de 450 millions de dollars en 2021.

Résumé des économies procurées par les six scénarios

Les résultats de cette « radicalisation » de la démarche de Woods Gordon figurent au tableau 4-2. Parmi les plus évidents :

- Les économies que permettraient de réaliser en 2021 les scénarios 1 à 6 s'élèvent à 6 milliards de dollars; ce chiffre est considérablement inférieur aux données de Woods Gordon, établies à partir des objectifs étroits des scénarios 1 à 3;

- L'économie qu'engendrerait la déshospitalisation des personnes âgées fléchit brutalement lorsqu'on soumet ce scénario à des hypothèses plus réalistes quant aux coûts relatifs des soins aux personnes non autonomes, dans des milieux différents, et lorsqu'on tient compte des opinions des experts quant aux possibilités vraisemblablement limitées de retirer un grand nombre de personnes âgées des hôpitaux pour leur dispenser des soins à domicile;

- Compte tenu des commentaires qui précèdent, l'apport de la déshospitalisation à l'ensemble des économies éventuellement réalisables, au titre des dépenses d'exploitation en l'an 2021, fléchit abruptement par rapport au maintien de la situation actuelle; évalué à 88 % par Woods Gordon, il n'est plus que de 38 % selon la liste révisée et élargie des objectifs jugés réalisables;

- Compte tenu des remarques du paragraphe qui précède, l'apport financier éventuel de scénarios visant les secteurs autres que les soins de longue durée destinés aux personnes âgées passe d'un maigre 12 %, dans l'étude de Woods Gordon, au taux plus intéressant de 58 % dans le cadre de la démarche plus radicale.

À l'instar de tout investisseur rationnel forcé de prendre des décisions dans un contexte de grande incertitude, les

Tableau 4-2

Économies engendrées dans six scénarios, par rapport aux projections, fondées sur le maintien de la situation actuelle, des dépenses annuelles d'exploitation en 2021

En milliards de dollars

	Woods Gordon	Approche plus radicale
Scénario 1 (Personnes âgées)	5,9	2,3
Scénario 2 (Santé mentale)	0,225	0,225
Scénario 3 (Utilisation des hôpitaux	0,630	1,7
Scénario 4 (Services infirmiers de premier recours		0,630
Scénario 5 (Dépenses des hôpitaux		0,680
Scénario 6 (Soins médicaux)		0,450
Total	6,8	6,0

pouvoirs publics au Canada devraient diversifier leur approche à la planification des politiques pour y incorporer diverses formules de prestation de soins, en vue de satisfaire à ce que le Groupe de travail de l'Association médicale canadienne a si judicieusement appelé un « besoin de réorientation ». Si l'on parie trop gros sur la solution de la déshospitalisation, au prix d'autres options également intéressantes dans le système élargi des soins de santé, on s'expose à une déception presque certaine lorsque les économies massives prédites par Woods Gordon, et devant être « payées » par les personnes âgées, ne se concrétiseront pas.

Discussion générale

Question : *Les projections faites par Denton et Spencer semblent exagérément optimistes. En effet, si ces derniers avaient examiné le groupe d'âge des 85 ans et plus, qui nous intéresse tout particulièrement, ils auraient constaté une hausse non pas de 10 % mais de 150 % pour les 25 années à venir. Cette donnée aurait-elle beaucoup changé les choses ?*

Réponse : Lorsque nous parlons du rythme de vieillissement de la population, nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit d'un processus non pas continu, mais qui se manifeste par vagues démographiques. L'une des raisons qui explique cette tendance démographique est que la natalité, freinée par la Crise et la Seconde Guerre mondiale, a par la suite remonté en flèche, phénomène connu sous le nom de « baby boom ». À l'heure actuelle, nous connaissons un fléchissement de la population des 65 ans et plus. À l'avenir, nous pouvons nous attendre à ce que, dans un premier temps, les besoins en soins actifs augmentent lorsqu'une partie de la population entrera dans le groupe d'âge des 65 à 70 ans et que, par la suite, ces besoins se transforment lorsque ce même groupe de personnes se retrouvera dans la tranche d'âge des 80 à 85 ans, et aura davantage besoin de soins de longue durée. Il n'est pas question ici d'une augmentation constante de 1 ou 2 %, mais d'un important changement sur le plan de la répartition des ressources entre les hôpitaux de soins aigus et les établissements de soins prolongés, d'une période à l'autre.

Jusqu'à l'an 2021, les pressions démographiques sur le réseau de soins de santé équivaudront à un taux annuel de croissance de l'ordre de 0,9 % (en termes réels). Le seul sujet d'inquiétude que pourraient susciter ces prévisions c'est la pression d'une hausse additionnelle de 1 à 3 % provenant de la nouvelle technologie médicale et de pressions inflationnistes supplémentaires propres au secteur de la santé. On ne saurait dire au juste si ces autres sources de pression peuvent ou non être absorbées par la politique relative aux soins de santé. Si elles peuvent être dominées, il n'y aura pour ainsi dire aucune inquiétude à avoir.

Ce qu'il faut surtout retenir, cependant, c'est que l'issue ne dépend pas simplement de la démographie mais d'un consensus social.

Question : *Des groupes d'intérêt puissants et directement concernés par la prestation de soins de santé prônent des programmes de soins de santé différents. Comment, dans ces conditions, parvenir à un consensus social ? Quoi faire, par exemple, de tout ce surplus de médecins ?*

Réponse : Il n'est pas question de critiquer le budget que nous affectons actuellement aux soins de santé. Il n'y a pas vraiment d'objections à ce que l'on fasse encore plus d'efforts pour aider les personnes âgées, même si cette initiative nous revient plus cher. Qu'est-ce qui se produit lorsqu'on ne cesse d'augmenter les services ? Au bout du

compte, la véritable question se résume purement et simplement à un problème de répartition budgétaire. Autrement dit, comment notre revenu devrait-il être réparti entre les différents groupes d'âge et quelle est la proportion de notre revenu total qui devrait être consacrée aux soins de santé. Il est probable que la part du produit national brut canadien affectée aux soins de santé – qui s'élève actuellement à 8,6 % – continue de grossir.

Il est étonnant que le réseau canadien de soins de santé ait si bien réussi à contenir les coûts pendant si longtemps alors qu'il n'existe aucune mesure pour inciter à l'efficacité. En effet, il n'y a rien pour inciter les patients à exploiter judicieusement les ressources. Il n'y a rien pour inciter les praticiens qui ont opté pour la rémunération à l'acte à se servir de données qui favorisent l'efficacité et l'efficience. Il n'y a rien pour encourager les médecins de la communauté à utiliser les hôpitaux intelligemment. Il n'y a rien non plus pour inciter au développement d'une technologie qui permette de diminuer les coûts. Il s'agit du seul secteur de l'activité économique où la technologie a fait augmenter les coûts. Il est étonnant – et c'est tout à l'honneur des consommateurs, des patients, des professionnels de la santé comme des administrateurs canadiens – que le réseau qu'ils ont mis sur pied ait survécu si longtemps.

Question : *Le groupe d'experts pourrait-il parler du concept américain des coopératives de services de santé* (health maintenance organization) *comme moyen d'orienter les gens vers le type de soins qui leur conviennent ?*

Réponse : On a fait valoir plus tôt ce matin que le réseau canadien de soins de santé est en fait une coopérative de type HMO. Cela est de toute évidence erroné. Nous n'avons pas l'équivalent de la coopérative au Manitoba, par exemple, parce que nous n'avons pas de population captive à l'intérieur du réseau médico-hospitalier. Il faudrait procéder à une profonde restructuration – pour reprendre les termes du docteur Robertson – pour réunir les conditions nécessaires à l'instauration de coopératives au sein des réseaux provinciaux de soins de santé au Canada.

Question : *L'importance des pressions exercées par les coûts dépendra dans une certaine mesure de la réponse que nous donnerons à la question suivante : le coût des soins dispensés aux personnes âgées fait-il partie des avantages qui découlent des taux élevés d'imposition payés plus tôt dans la vie. Ces pressions ne seraient-elles pas aussi importantes qu'on ne le pense ?*

Réponse : Aux États-Unis, nous nous demandons si nous pouvons nous permettre le luxe d'offrir davantage de soins de santé, et certains affirment que non et que nous devrions même couper dans ce genre de dépenses. Lorsque l'on s'interroge sur l'introduction d'une nouvelle technologie quelconque, ce qui détermine la réponse c'est de savoir si elle ferait augmenter les coûts globaux. Si tel est le cas, nous préférons nous abstenir. C'est un point que Richard Lamb, gouverneur du Colorado, a beaucoup contribué à mettre sur le tapis. Certes, ses connaissances sur la question ne sont guère très poussées, toutefois il reste qu'il a soulevé le problème et forcé les gens à y réfléchir.

Question : *Il a été démontré que les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir dispenser les services de soins de santé. Comment pouvons-nous surmonter certains obstacles à l'adoption de solutions de rechange en matière de prestation de soins de santé ?*

Réponse : Il faut que cela soit profitable financièrement à certains à l'intérieur du réseau. Il ne suffira pas que des infirmières prennent d'assaut l'assemblée législative, occupent les lieux toute une nuit et exercent des pressions auprès des hommes politiques. Il faudra démontrer que les bénéficiaires de soins de santé – les consommateurs – se retrouveront gagnants. Le Manitoba, par exemple, a mis en place des structures incitatives qui peuvent conduire à l'intégration de professionnels moins coûteux, par exemple, des infirmières praticiennes.

Nous ne devrions cependant pas oublier que lorsque nous parlons de solutions de rechange en matière de prestation de soins de santé, il n'est question que d'une infime minorité de personnes âgées qui utilisent ce type de programme. Nos recherches menées au Manitoba indiquent que les personnes qui vivent dans des foyers pour personnes âgées sont moins souvent hospitalisées comparativement à d'autres personnes appartenant au même groupe d'âge qui vivent dans la communauté. En fait, les coûts des programmes de rechange ne viennent pas toujours s'ajouter aux coûts existants. Cependant, il nous reste encore à déterminer quels sont les programmes qui font augmenter les coûts globaux des soins de santé et quels sont ceux qui n'ont pas cet effet.

5 Le progrès des soins préventifs

Madeleine Blanchet

Permettez-moi d'abord de préciser le cadre général de cet exposé sur les progrès des soins préventifs. J'aborderai cette question d'une façon globale et ne me limiterai pas aux aspects gériatriques puisque cette conférence a pour but de prévoir l'avenir : cet avenir peuplé de personnes âgées dans un pays qui a toujours été réputé jeune aux yeux des nations européennes. Le vieillissement de la population, nous le connaîtrons bientôt. Nous le vivons déjà mais nous le percevrons encore davantage vers les années 2010, puisque le mouvement de chute de la natalité, amorcé vers 1960, ne manifestera son impact réel que dans la première moitié du XXI^{e} siècle.

Il n'est pas inutile de rappeler que le vieillissement résulte de la conjonction de trois forces parallèles :

- la baisse rapide de la natalité;
- la baisse de la mortalité dans la population âgée elle-même; et
- dans certaines provinces (Québec, Nouveau-Brunswick), l'exode de la population jeune vers les pôles de croissance urbaine à travers le Canada.

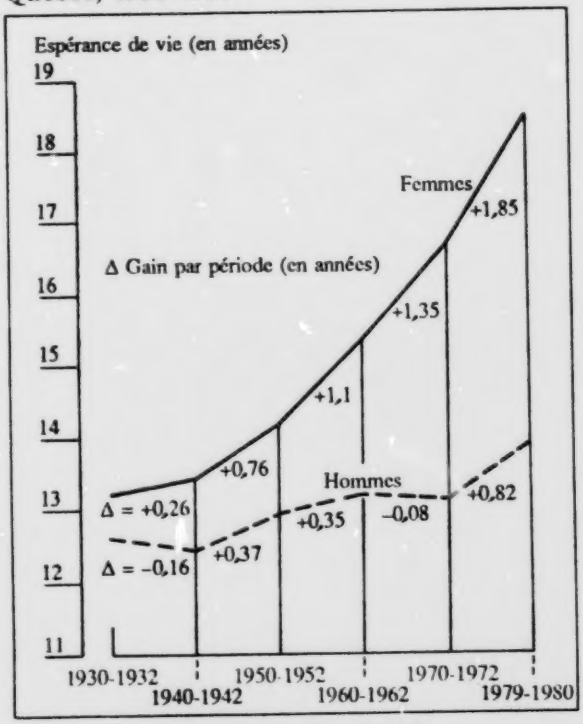
Ces trois phénomènes ne concourent pas tous également au vieillissement graduel de la population, ou encore à la visibilité de ce vieillissement. Bien que la baisse de la natalité soit le phénomène le plus lourd de conséquences, j'aborderai surtout la diminution de la mortalité chez la population âgée puisque ce phénomène a déjà un impact majeur sur notre système de soins et sur certaines politiques sociales, telles que les pensions de retraite.

Espérance de vie, qualité de vie et coûts

Jusqu'à maintenant, la hausse de l'espérance de vie résultait essentiellement de la baisse de la mortalité infantile. Mais, celle-ci atteindra sous peu un plateau et deviendra difficile à comprimer puisque la quasi-totalité des décès seront dus aux malformations congénitales. En outre, un phénomène nouveau est apparu au cours des 10 dernières années. Ce phénomène, c'est le vieillissement « par le sommet ». Ainsi, comme l'indique le graphique 5-1, l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté davantage au cours de la dernière décennie qu'au cours des 30 années précédentes (Conseil des affaires sociales et de la famille [CASF], 1984, p. 30).

Graphique 5-1

Gains en espérance de vie des hommes et des femmes âgés de 65 ans, Québec, 1930-1980



SOURCE Conseil des affaires sociales et de la famille (1984).

Sans s'étendre sur les causes du phénomène, il est clair que plusieurs facteurs sont en jeu, allant de meilleures conditions de revenu et d'habitat jusqu'aux progrès dans les soins et la réadaptation, en passant par les activités des innombrables « Clubs de l'âge d'or ». Mais les soins aux

personnes âgées sont coûteux. À titre d'exemple, mentionnons qu'au Québec, en 1985, les dépenses totales de santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont supérieures à 3 000 dollars per capita, par comparaison avec une moyenne de près de 1 000 dollars per capita pour l'ensemble de la population (Camirand, 1983, pp. 18-26).

Et l'on peut légitimement se demander si des progrès dans les soins préventifs parviendraient à diminuer les coûts engendrés par les soins aux deux extrémités de la vie et, particulièrement, chez les personnes âgées de 75 ans et plus (Fries, 1980). Plus précisément, vaut-il la peine d'investir dans la prévention si l'effet pervers qui en résulte n'est que de grossir la facture des soins aux personnes du quatrième âge. Certains économistes ont posé cette question et sont d'avis qu'il vaut mieux ne pas trop investir dans la prévention en raison de l'alourdissement de la clientèle âgée qui pourrait en résulter (De Kervasdoue, 1984; Badou, 1985).

Aux yeux des épidémiologues, la question ne se pose pas ainsi, car il n'est pas prouvé qu'une diminution de la mortalité s'accompagnerait inévitablement d'une hausse concomitante de l'invalidité. Il n'est pas prouvé qu'à la maladie fatale succéderait la maladie invalidante, ni que les coûts des soins et de la réadaptation s'accroîtraient ainsi de façon exponentielle. Bien au contraire, les études récentes sur les tendances de l'invalidité et des restrictions d'activités démontrent, hors de tout doute, que la chute de la mortalité ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'incapacité sévère (confinement au lit, besoin d'aide pour se déplacer, nécessité de vivre en institution) mais, tout au plus, d'une hausse de l'incapacité moyenne et légère (Robine et Brunelle, 1986).

Donc, à première vue, un bilan positif pour la médecine moderne et pour notre système de soins, si on considère uniquement les conséquences les plus graves de la maladie, soit l'invalidité et la perte d'autonomie. La situation est différente et les conclusions aussi, si l'on considère maintenant la qualité de la vie. On ne peut ignorer que l'espérance de vie en bonne santé ne dépasse guère 60 ans. On ne peut pas non plus ignorer qu'une petite fille qui naît aujourd'hui passera 18 ans de sa vie (11 ans pour le garçon) à souffrir, à un degré ou un autre, de diverses restrictions d'activités (Dillard, 1983, p. 34). Enfin, on ne peut non plus passer sous silence qu'entre l'espérance de vie en bonne santé des riches et des pauvres de la région métropolitaine de Montréal par exemple, il existe un écart de 14 ans (Wilkins, 1980, pp. 22-24). Les écarts sont également très importants selon les différentes catégories occupationnelles : cinq fois plus de risques d'être restreint dans ses activités pour cause de santé chez les travailleurs du secteur primaire (agriculteurs, pêcheurs, bûcherons. . .) que chez les dirigeants, administrateurs et gérants d'entreprises (Dillard, 1985, p. 58).

Le choix des indicateurs est primordial

Ces considérations nous amènent à nuancer notre jugement et à éviter de crier victoire uniquement parce que la mortalité due à certaines causes a baissé et que l'espérance de vie a augmenté de façon sensible au cours de la dernière décennie. En réalité, l'évaluation de la situation sanitaire au Canada et dans chacune des provinces est biaisée par le choix d'indicateurs de santé qui n'ont qu'une relation assez ténue avec le système de soins curatifs et préventifs. (J'évite à dessein de parler de système de santé puisqu'il n'existe pas vraiment de système de santé au Canada, mais uniquement un système de soins curatifs, préventifs et de réadaptation.)

Dans le rapport Lalonde, on faisait remarquer que les habitudes de vie, les comportements à risque ou favorables à la santé, l'environnement physique, social et économique, ainsi que l'hérédité jouent un rôle beaucoup plus fondamental que le système de soins pour éviter les décès et, particulièrement, les décès prématurés (définis par les années potentielles de vie vécues avant 70 ans). Il faut bien réaliser que le choix d'un indicateur ou d'une panoplie d'indicateurs orientera de façon très claire les objectifs et les finalités des politiques de santé ou des politiques de soins et, par conséquent, les conclusions auxquelles nous en viendrons quant à leur efficacité ou leur efficience. Si l'on continue à privilégier, pour l'évaluation du système de soins, des indicateurs tels que l'espérance de vie, la mortalité infantile, les taux de mortalité spécifiques aux différents âges et l'incidence de certaines maladies rapportées (telles que les maladies transmissibles) on aboutira inévitablement à un cul-de-sac. Des indicateurs aussi globaux que ces indicateurs de santé publique n'ont qu'une relation assez lointaine avec le système de soins et on ne peut blâmer ce dernier de ne pas atteindre les objectifs de la santé publique; il n'a pas été créé à cette fin.

Choisir les bons indicateurs

Ma proposition est la suivante : que, d'une part, l'on développe des indicateurs précis et adaptés au système de soins curatifs, préventifs et de réadaptation et que, d'autre part, l'on maintienne une série d'indicateurs de santé publique à portée plus large que les précédents, mais non

plus basés uniquement sur la mortalité. C'est dans cette voie que s'est engagé le Conseil des affaires sociales et de la famille en 1982. Grâce à une entente avec l'Institut national de la recherche médicale et scientifique de France, le Conseil a pu entamer ses études sur la mise au point d'un nouvel indicateur global de l'état de santé qui a été baptisé l'espérance de vie en bonne santé (Colvez et Blanchet, 1981 et 1983). En utilisant cet indicateur et en le combinant à d'autres mesures de la mortalité et de la morbidité, le Conseil a proposé l'adoption d'une politique de santé publique à visée préventive résumée dans le document *Objectif – Santé* (CASF, 1984, p. 35).

Vers une politique de la santé

Objectif – Santé, publié par le Conseil à l'automne 1984, constitue un document global de référence pour la mise au point d'objectifs de santé précis et quantifiés basés sur des bilans de l'état de santé à l'échelle provinciale, régionale et locale[1]. À l'échelon local, dès le mois de juin 1986, la majorité des 32 départements de santé communautaire du Québec auront terminé le processus d'établissement de leur bilan de l'état de santé et l'établissement de priorités locales et seront prêts pour des actions concertées.

En outre, la nouvelle Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, baptisée Commission Rochon du nom de son président, s'intéresse autant aux finalités en santé qu'au financement du système de soins, de sorte que le choix des indicateurs et des objectifs fera encore couler beaucoup d'encre au Québec comme au Canada.

Il m'a donc semblé approprié de consacrer une partie de cet exposé à situer dans une perspective historique les grandes étapes de la lutte contre la mort et la maladie en mettant l'accent, chaque fois, sur les finalités à atteindre.

Les finalités de la politique de santé dans une perspective historique

Les finalités de la politique de santé dans les pays développés peuvent se résumer en trois étapes qui se chevauchent mutuellement (Tarlov, 1983).

1 La prévention des décès prématurés.

2 La détection et la correction des anomalies biologiques, métaboliques et physiologiques (hypertension, hypercholestérolémie, et ainsi de suite).

3 Le maintien et l'amélioration du fonctionnement de l'individu dans son milieu de vie familial et social.

La prévention des décès prématurés (1800 à 1940) — Selon McKeown (1982), l'amélioration de l'alimentation aurait été le premier facteur à agir sur l'état de santé de la population et le premier responsable de la diminution de la mortalité. Les progrès sur le plan alimentaire ont eu, au cours de cette période, plus d'impact que ceux des facteurs environnementaux, thérapeutiques et comportementaux.

Après les effets favorables de l'alimentation, viennent les améliorations dans le domaine de l'hygiène. Les mesures hygiéniques sont responsables d'environ un cinquième de la baisse de la mortalité de 1850 à nos jours. Cette régression est attribuable aux travaux de séparation des eaux : adduction et distribution d'eau potable, évacuation des eaux usées. Puis ces mesures d'hygiène ont été considérablement renforcées, dès le début du XX^{e} siècle, par les progrès en hygiène alimentaire (en particulier la stérilisation du lait) qui ont permis de réduire de façon spectaculaire la mortalité infantile.

Par la suite, l'efficacité des mesures sanitaires a été renforcée par l'amélioration des conditions de travail, de vie et de l'environnement.

La régression de la mortalité par les infections intestinales durant cette période résulte principalement de la baisse des maladies transmises par l'eau et l'air à la suite de l'amélioration des conditions d'hygiène. Les découvertes scientifiques (immunisation, nouveaux médicaments) sont venues parachever une évolution déjà largement entamée.

La détection et la correction des anomalies biologiques, métaboliques et physiologiques (1940 à nos jours) — Cette période s'étend approximativement de 1940 à nos jours. Elle est caractérisée par un développement technologique considérable. L'industrie électro-médicale a mis au service des praticiens un équipement sophistiqué (scanner, écographe, et ainsi de suite) et les examens de laboratoire ont été perfectionnés, permettant une détection plus précoce et plus rapide de la maladie. Le développement de l'industrie pharmaceutique a favorisé des mesures thérapeutiques plus efficaces et la mise au point de médicaments plus puissants qu'auparavant.

Des progrès notables ont été accomplis dans la détection, la thérapeutique des maladies et la réadaptation et on a assisté à une diminution simultanée de la morbidité et de la mortalité par maladies spécifiques, notamment les maladies infectieuses et certaines maladies chroniques telles que les maladies cérébro-vasculaires liées à l'hypertension.

Le maintien et l'amélioration du fonctionnement de l'individu dans son milieu depuis 1970) — Depuis quelques années, l'accent est mis sur des objectifs fonctionnels (autonomie, maintien de la mobilité, possibilité d'activité quotidienne) et sur le concept de qualité de vie. On se rapproche ainsi davantage des préoccupations de la population. L'objectif n'est plus la santé en soi mais la santé comme moyen d'atteindre une meilleure qualité de vie. Les individus prennent davantage conscience de leur état de santé physique et mentale. Ils sont plus critiques face à la médecine traditionnelle et face à l'appareil de soins qu'ils considèrent surtout comme un moyen de réparation. Du reste, l'orientation de la formation médicale vers le traitement des symptômes plutôt que vers la prise en charge globale de la personne dans son milieu de vie explique la dichotomie que vivent les médecins de famille dans leur pratique quotidienne.

Aussi serait-il approprié de développer le concept de l'espérance de vie en bonne santé au point d'influencer l'enseignement aux divers thérapeutes (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et autres). L'adoption d'un concept tel que l'espérance de vie en bonne santé changerait aussi quelque peu les priorités de la lutte contre les maladies à tous les paliers du système de soins préventifs et curatifs. Ainsi, la hiérarchisation des grandes maladies n'est pas la même selon que l'on adopte l'espérance de vie ou l'espérance de vie en bonne santé (tableau 5-1).

Aux yeux des praticiens, les finalités propres du système de soins recevraient enfin leur part d'attention. Quelles sont ces finalités ?

- Utiliser le pouvoir d'auto-guérison de tout être vivant.
- Soulager la douleur chronique et l'éliminer si possible.
- Calmer l'anxiété devant la maladie et l'angoisse devant la mort.
- Mobiliser l'entourage du malade ou de l'invalide pour obtenir la meilleure adaptation possible.

À peu de choses près, ce sont les buts de la médecine tels qu'on les retrouve dans le serment d'Hippocrate; des finalités aussi nobles que celles visées par la santé publique. *Il faut surtout éviter de confondre les finalités du système de soins et celles de la santé publique. Les deux concourent à l'amélioration de la santé à des paliers différents : la médecine sur une base individuelle, la santé publique sur une base collective ou communautaire.*

Les progrès de la dernière décennie

Après cet aperçu historique, rappelons maintenant les grands progrès accomplis dans la lutte contre la mortalité prématurée au cours de la dernière décennie en me servant

Tableau 5-1

Impact des principales maladies sur l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) des Québécois, 1980

En pourcentage

	Impact sur la mortalité	Impact sur la restriction d'activité	Impact sur l'EVBS
Classement des maladies :			
Maladies de l'appareil circulatoire	3,53	2,64	6,17
Maladies du système ostéo-articulaire	–	3,51	3,51
Tumeurs	2,34	–	2,34
Accidents et traumatismes (excluant les suicides)	1,02	1,08	2,10
Maladies de l'appareil respiratoire	0,44	1,51	1,95
Troubles mentaux (incluant les suicides)	0,50	0,81	1,31
Anomalies congénitales et affections périnatales	0,95	–	0,95
Maladies de l'appareil digestif	0,36	0,28	0,64
Diabète	0,17	0,14	0,31
Maladies du système nerveux et sensoriel	0,17	0,12	0,29

SOURCE Conseil des affaires sociales et de la famille (1984).

du bilan de l'état de santé fait au Québec (Roy, 1983; Levasseur, 1983). À quelques décimales près, les chiffres sont les mêmes pour le Canada.

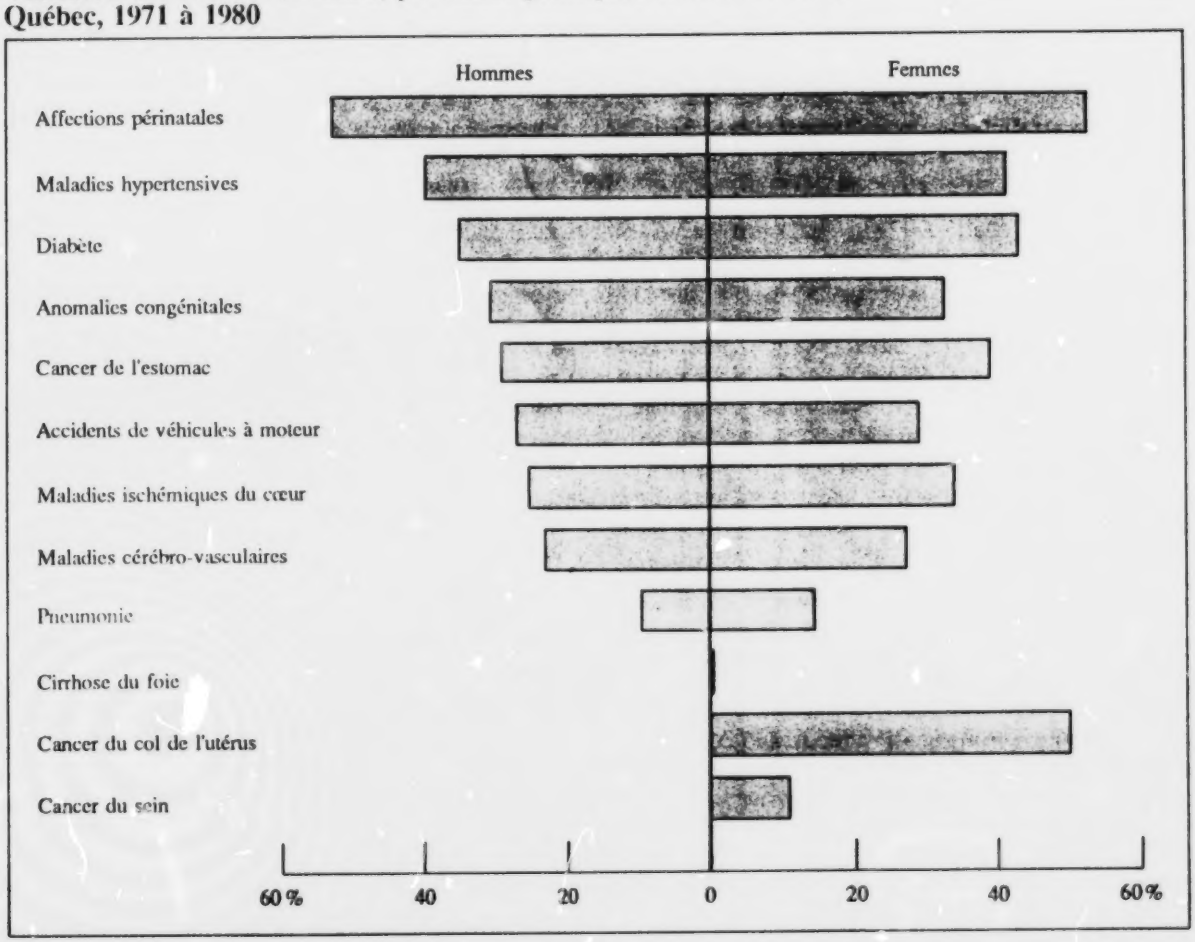
Au tableau d'honneur : la réduction de la mortalité par affections périnatales, diabète, cancer du col de l'utérus, maladies cérébro-vasculaires, infarctus du myocarde (maladie ischémique) et accidents de véhicules automobiles. Ces succès, dans certains cas, sont attribuables à la mise en place d'un système de dépistage et d'un meilleur accès au traitement : ainsi, la chute notable de la mortalité par cancer du col de l'utérus depuis 1971 démontre que l'accessibilité accrue à une méthode efficace de dépistage a porté fruit (graphique 5-2; Blanchet et coll., 1983).

Un meilleur diagnostic et un meilleur contrôle de l'hypertension grâce aux médicaments sont venus accélérer la baisse de la mortalité, par maladie hypertensive, par accidents cérébro-vasculaires et par maladies cardiaques, déjà amorcée depuis 1960 (Brody, 1982, p. 463).

La diminution de la consommation de cigarettes, chez l'homme, se répercute sur la mortalité par cancer du poumon, dont on peut constater non pas encore la diminution mais plutôt un certain ralentissement de la hausse. Ainsi, de 1971 à 1980, le taux de décès par cancer du poumon a augmenté de 33 %, alors qu'il avait grimpé de 85 % de 1961 à 1971 (graphique 5-3).

Graphique 5-2

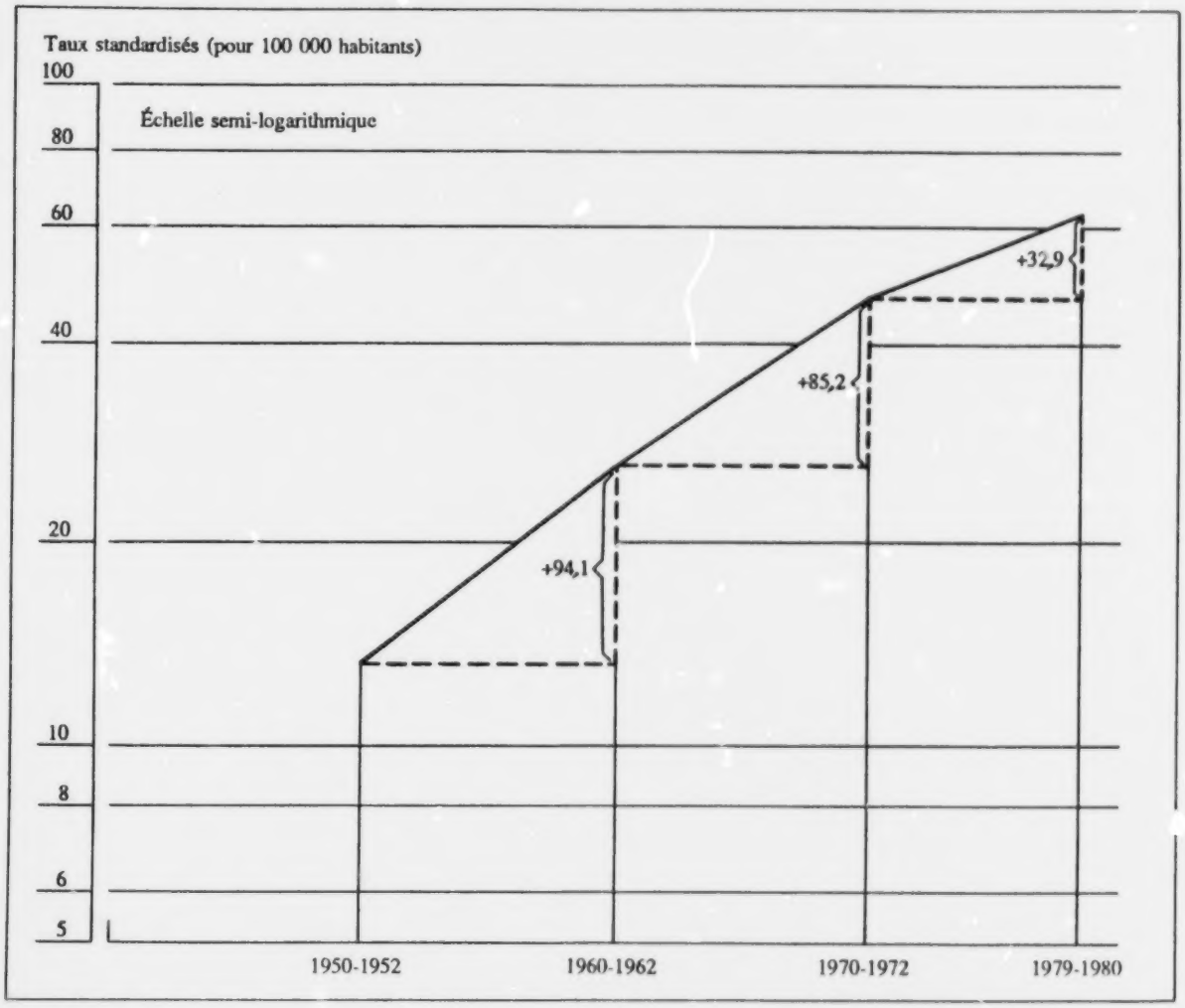
Variation des décès à la baisse, par cause principale et selon le sexe, Québec, 1971 à 1980



SOURCE Roy (1983).

Graphique 5-3

Cancer du poumon : taux standardisés et variation de la mortalité chez les hommes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980



SOURCE Roy (1983).

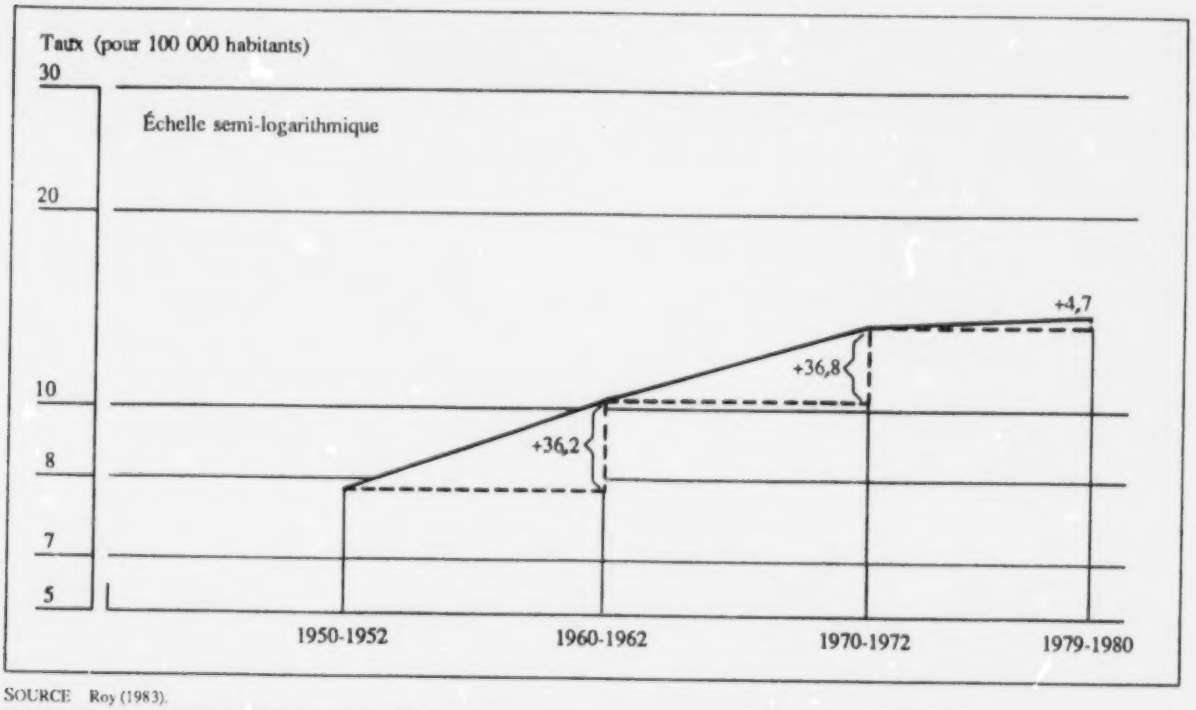
Toujours chez l'homme, la même tendance se manifeste dans la mortalité par cirrhose du foie, qui n'a augmenté que de 5 % au cours de la dernière décennie, comparativement à 37 % lors de chacune des deux décennies précédentes (graphique 5-4). On peut vraisemblablement attribuer ce phénomène à des changements dans les habitudes de consommation d'alcool. Signalons qu'en France où la consommation d'alcool diminue maintenant depuis plus de 25 ans, on note depuis 1975 une chute de la mortalité par cirrhose (Robine et coll., 1985).

D'une façon générale, les Québécois tendent à vivre plus longtemps que jamais. L'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon régulière et on note même une amélioration très sensible de la survie des personnes âgées au cours de la dernière décennie.

Chez l'homme de 45 à 64 ans, il faut souligner une reprise de la croissance de l'espérance de vie au cours de la dernière décennie. Cette tendance contraste avec celle des années 60 à 70 qui se caractérisait par la stagnation de

Graphique 5-4

Cirrhose du foie : taux standardisés et variation de la mortalité chez les hommes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980



SOURCE Roy (1983).

l'espérance de vie chez les hommes d'âge moyen. Chez les plus jeunes, l'inversion récente des tendances de la mortalité accidentelle a permis la survie d'un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes.

Ces progrès et plusieurs autres qui ont été mentionnés antérieurement soulignent l'importance de mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble de la société en vue de lutter contre les fléaux qui constituent les causes de décès et d'invalidité dont le poids est le plus lourd pour notre société.

Les échecs de la dernière décennie

Si les victoires remportées sur la mort prématurée par maladies du système circulatoire relèvent surtout d'un meilleur contrôle des facteurs de risque, d'un meilleur accès aux soins préventifs et curatifs et des progrès dans la thérapeutique et la réadaptation, il n'en va pas de même des causes de décès dont la progression se fait le plus sentir actuellement (graphique 5-5).

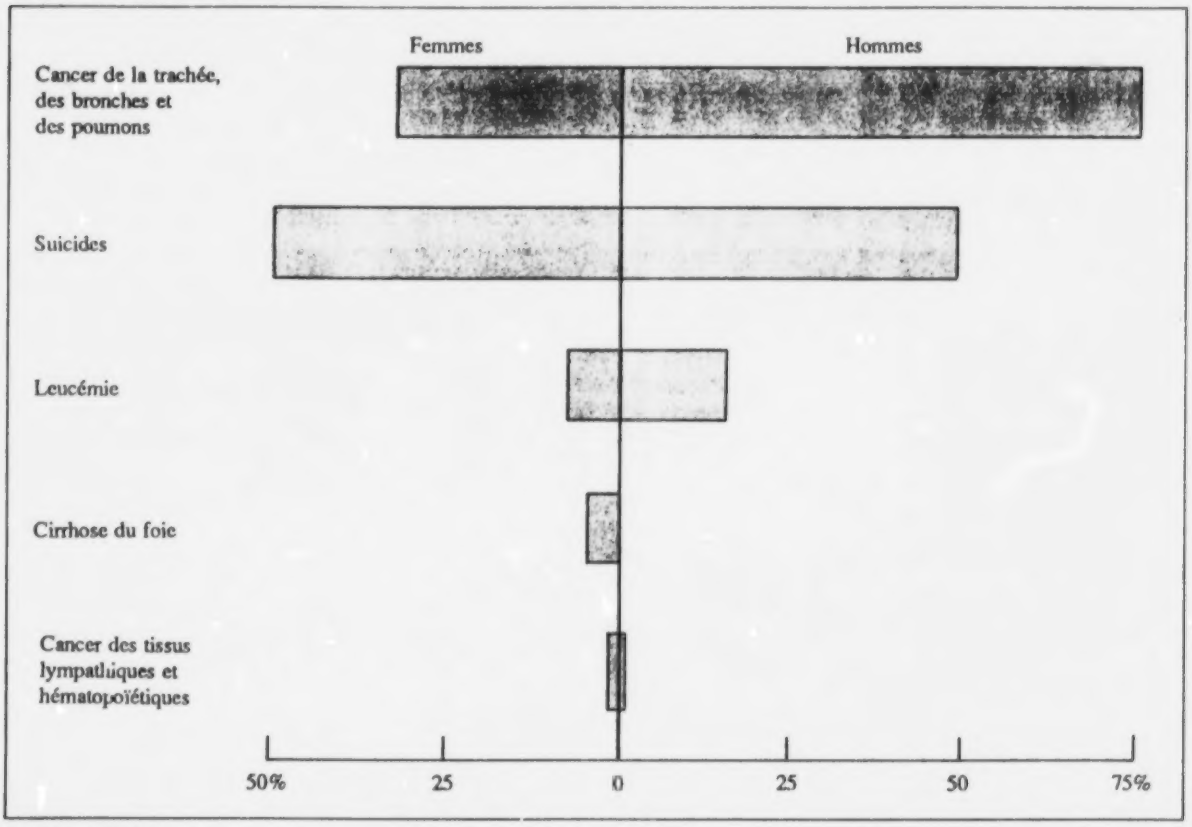
L'épidémie de suicides chez les jeunes de même que la hausse rapide des taux de suicides chez les femmes âgées de 50 ans constituent non pas un échec des soins médicaux mais un échec de notre société (graphique 5-6).

En outre, malgré la diminution de la mortalité générale chez les adolescents et les jeunes adultes au cours des années 70, on ne peut que s'inquiéter de la fréquence des morts violentes chez ces jeunes. Accidents d'automobile et de motocyclette, accidents par armes à feu et suicides dominent le tableau des décès. Les taux québécois d'accidents demeurent supérieurs à ceux de la plupart des pays industrialisés. Du reste, au plan des comparaisons internationales, l'ampleur de surmortalité masculine, souvent dénoncée ultérieurement, demeure encore en 1980 une des caractéristiques du Québec et du Canada (graphique 5-7).

Enfin, malgré une légère diminution de la mortalité générale par cancer, la hausse constante des taux de décès par leucémie depuis 30 ans continue d'inquiéter les responsables de la lutte anti-cancéreuse. Bien que cette augmentation puisse s'expliquer en partie par un diagnostic plus précis et une déclaration plus complète des décès, il n'en

Graphique 5-5

Variation des principales causes de décès à la hausse, selon le sexe, Québec, 1971-1980



SOURCE Roy (1983).

demeure pas moins que pour ce cancer, comme pour plusieurs autres, l'étiologie et les facteurs de risque demeurent mystérieux.

Une meilleure connaissance des facteurs prédisposants est donc indispensable pour prévenir les cancers, car c'est prévenir qu'il faut, et non pas seulement mieux dépister et mieux traiter. Si le recul de la mortalité accidentelle et de la mortalité par maladies du système circulatoire se poursuit au rythme actuel, et compte tenu du vieillissement de la population, le cancer pourrait bien dominer le tableau de la mortalité en l'an 2000. Du reste, la progression vertigineuse du cancer du poumon chez la femme laisse présager une éventualité aussi funeste (graphique 5-8).

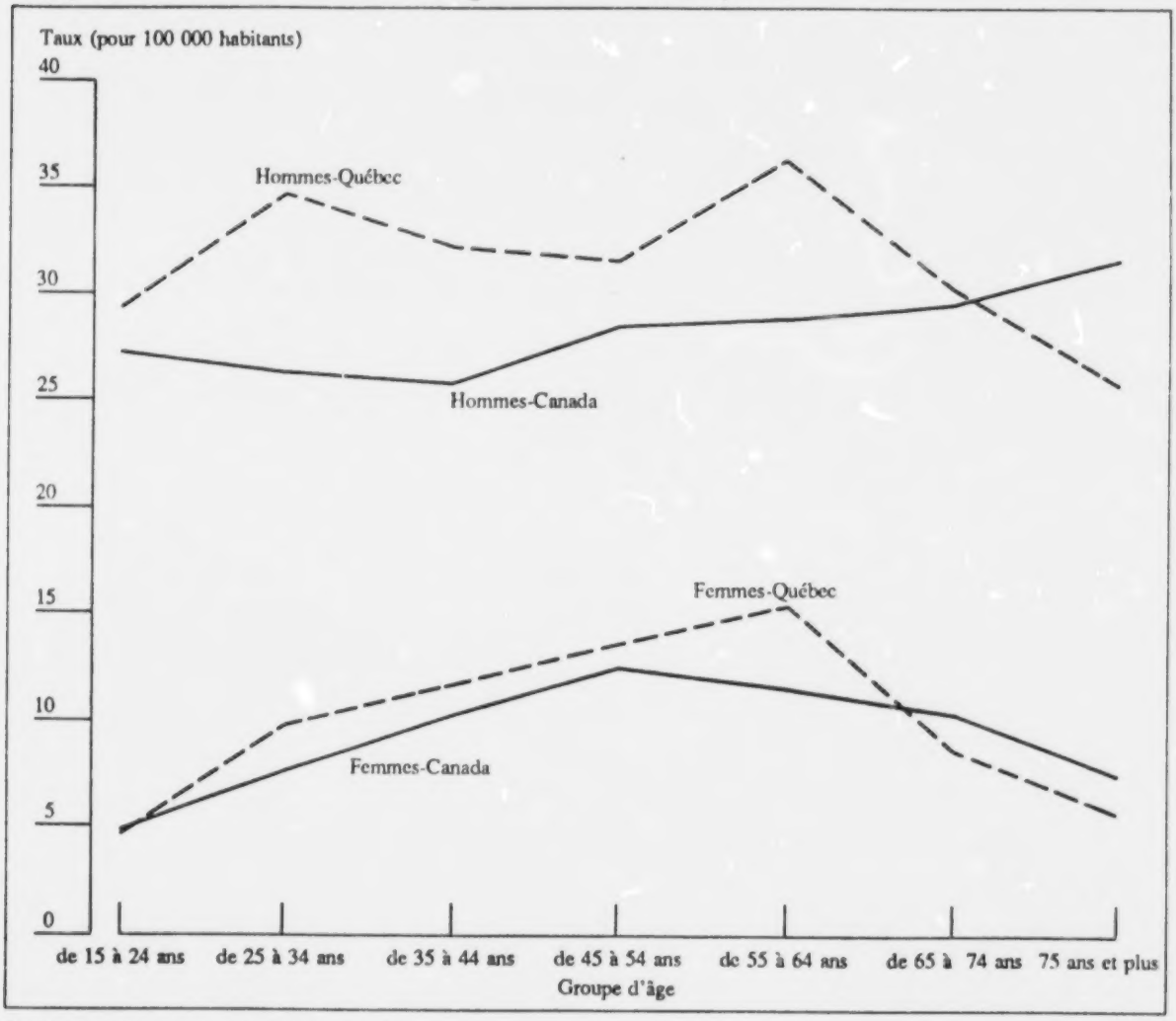
La nécessité d'un nouvel indicateur

Cependant, le recul des maladies infectieuses à risque léthal élevé et l'émergence relative des maladies chroniques invalidantes des accidents dont on survit, conjugués à l'apparition de nouvelles exigences quant à la qualité de la vie, ont conduit à rechercher de nouveaux indicateurs de la vie en bonne santé. Dans cette perspective, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour mesurer les conséquences des maladies, a tenté de clarifier les concepts de l'invalidité (déficience, incapacité, handicap) et proposé d'apprécier l'incapacité et le désavantage social à travers cinq principales dimensions appelées « rôles de survie » (mobilité physique, indépendance physique, occupation, intégration sociale, autosuffisance économique) [Wood, 1980; OMS, 1980].

Pour sa part le Conseil a élaboré un indicateur synthétique qui combine la mortalité (espérance de vie) et la restriction des occupations habituelles (travail rémunéré, travail familial, études ou loisir) qui a été nommé l'espérance de vie en bonne santé. La méthode utilisée est

Graphique 5-6

Comparaison des taux de suicide au Québec et au Canada, 1981



SOURCE Conseil des affaires sociales et de la famille (1984).

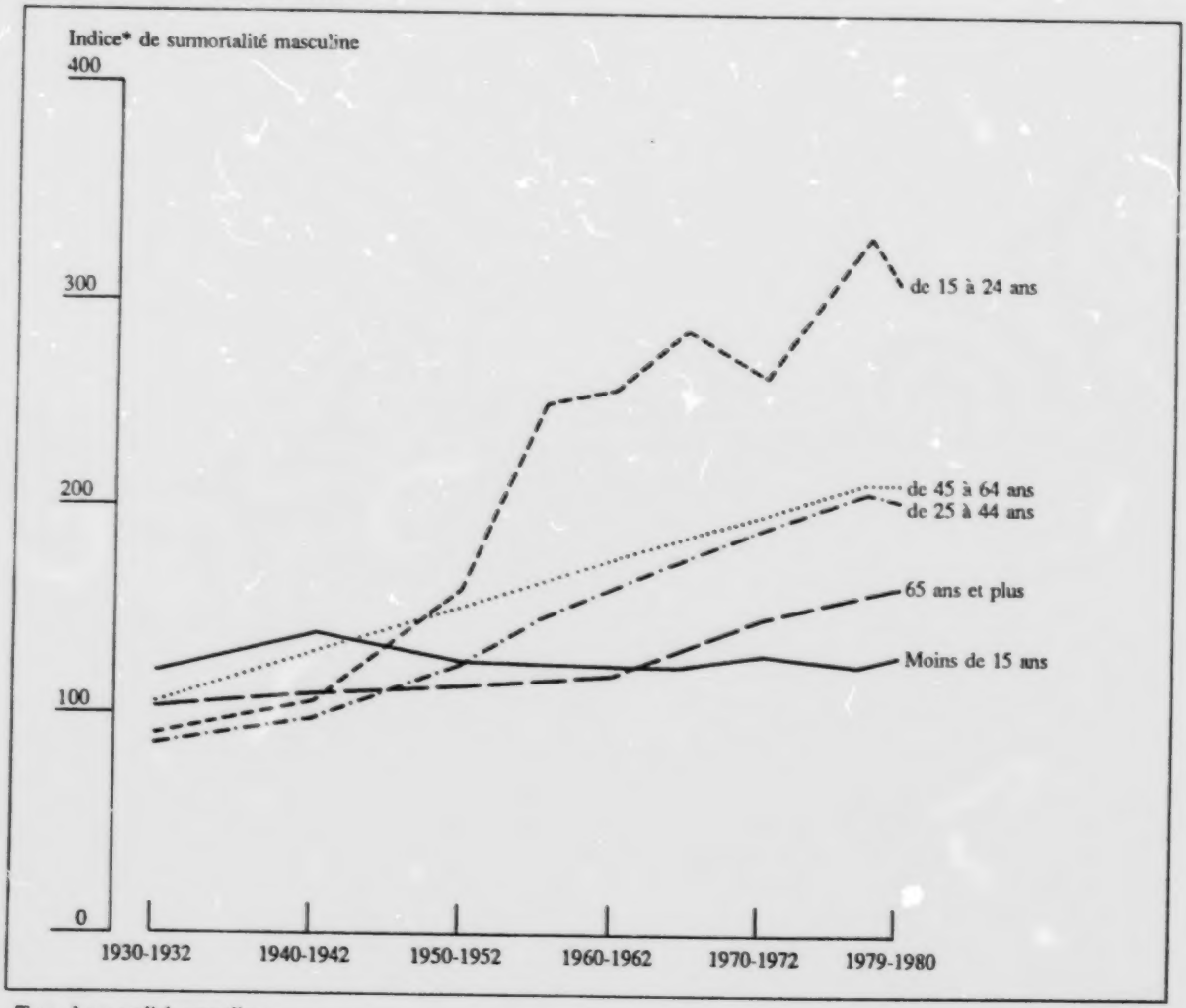
celle proposée par Sullivan dans les années 70. Cette méthode consiste à déduire d'une table de mortalité du moment, toutes les années vécues dans un certain état d'incapacité et à calculer une nouvelle valeur de l'espérance de vie (Sullivan, 1971).

Nous avons vu antérieurement que, selon un tel indicateur, la vie en bonne santé ne dépasse guère 60 ans, ou encore 62 ou 63 ans, si on pondère l'indicateur en fonction de la gravité des atteintes (Péron et Strohmenger, 1985, pp. 129-136;Wilkins et Adams,1983*b*). L'adoption de l'espérance de vie en bonne santé aurait aussi des conséquences sur l'ordre de priorité des maladies. En effet, l'ordre d'importance des grandes maladies changerait sûrement à la fois quant à l'allocation des ressources de prévention et de traitement et aussi quant au financement de la recherche. Par exemple, on sait que la principale cause des restrictions d'activité dans la population se trouve être l'ensemble des maladies ostéo-articulaires. La part des restrictions d'activité due à cette cause ne cesse de croître. Or, ces dernières se situent actuellement au bas de l'échelle des 10 principales catégories de maladies dans

Graphique 5-7

Indice* de surmortalité masculine dans certains groupes d'âge, Québec, 1930-1932 à 1979-1981

Taux de mortalité féminine = 100



$$* \frac{\text{Taux de mortalité masculine}}{\text{Taux de mortalité féminine}} \times 100$$

SOURCE Roy (1983).

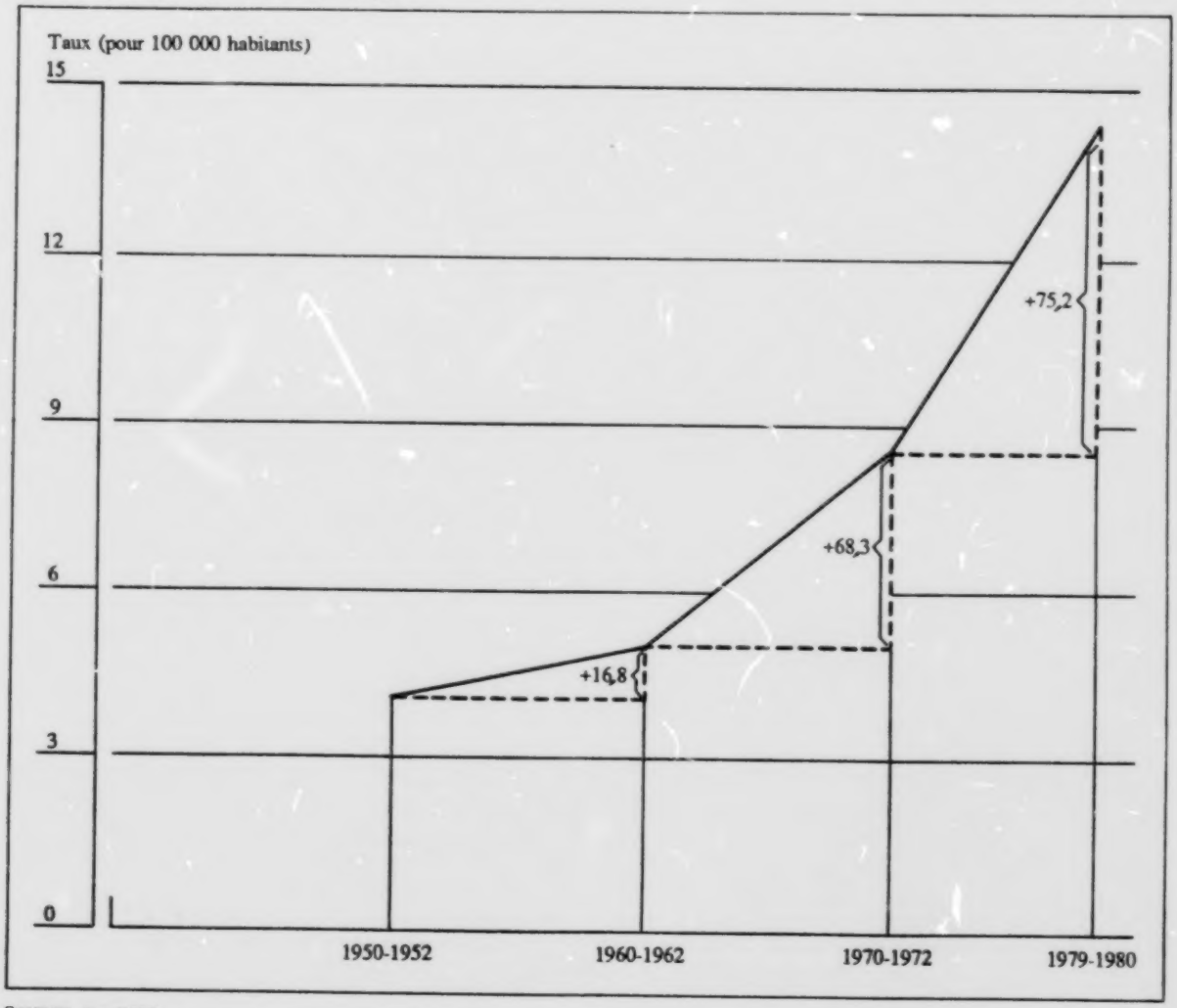
l'allocation des ressources, tant pour le traitement que pour le financement de la recherche (Camirand, 1983, p. 37).

Deux autres conséquences de l'adoption de l'espérance de vie en bonne santé sont à envisager : un accent sur le fonctionnement dans la vie quotidienne ne peut que conduire à une préoccupation plus grande vis-à-vis la productivité et la valorisation des ressources humaines tout au cours de la vie économiquement productive.

Autre avantage, le lien entre cet indicateur et les finalités du système de soins (soulagement de la douleur, rétablissement de la capacité fonctionnelle, et ainsi de suite) est beaucoup plus étroit que celui entre l'espérance de vie classique et les finalités propres au système de soins.

Graphique 5-8

Cancer du poumon : taux standardisés et variation de la mortalité chez les femmes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980



SOURCE Roy (1983).

Le Conseil poursuit ses réflexions sur le choix d'indicateurs, car réconcilier les finalités du système de soins et les finalités de la politique de la santé ne peut qu'être porteur d'avenir. Cette réflexion se situe dans le cadre général d'un scénario à prévoir pour l'an 2000.

Scénario pour l'an 2000

Prévoir un scénario pour l'an 2000, voilà ce qui importe actuellement. Ce scénario ne peut que tenir compte d'une perspective historique et se situer dans l'ensemble des politiques sociales et économiques d'un pays. Comme beaucoup de nations, le Québec enregistre une baisse du taux de croissance naturelle de la population et un vieillissement général de celle-ci. Les projections démographiques prévoient pour l'an 2000 que la population de personnes âgées aura doublé.

Les autres tendances démographiques et sociales qui détermineront la politique de santé sont : la réduction du

coefficient de dépendance des jeunes à mesure que vieillit la génération de l'explosion démographique consécutive à la Deuxième Guerre mondiale, la participation accrue des femmes à la vie active, l'augmentation du nombre des ménages de célibataires et du nombre de familles monoparentales et enfin, la régression constante de la pauvreté absolue malgré le ralentissement de l'activité économique.

Dans la conception et la mise en œuvre d'une politique de la santé, il faudra accorder une priorité plus grande aux mesures ayant un caractère préventif (dans le sens de la prévention primaire) qu'aux mesures portant seulement sur la réduction de la mortalité. Quant aux stratégies à élaborer, un ensemble bien pensé et réaliste de diverses stratégies devrait prévaloir sur une approche uniciste.

Les risques qui menacent la santé de l'homme sont souvent dus à ses comportements. Dans l'atténuation de ces risques, les hommes ont une part de responsabilité individuelle et collective d'autant plus grande que l'application de mesures correctrices permet de les réduire dans des proportions sensibles. Cependant, s'il est exact que l'individu a souvent une part importante de responsabilité personnelle, il n'en reste pas moins que l'inégalité devant la maladie et devant la mort dépend du niveau de vie et des conditions de vie. Ce sont souvent les mêmes qui manquent d'instruction, qui ont les plus bas salaires, les conditions de travail les plus pénibles, qui vivent dans les taudis et qui sombrent dans le désespoir. Ces personnes ont des besoins multiples qui dépassent les besoins en soins médicaux. Elles font partie des groupes vulnérables auxquels il faut s'adresser de façon prioritaire. C'est pourquoi une politique de la santé aura toujours comme prérequis une politique sociale égalitaire en ce qui concerne les niveaux de vie et d'instruction. Il faut, néanmoins, considérer ces deux politiques comme des entités séparées, les politiques sociales constituant des préalables à la politique de la santé.

Ainsi, la mise en œuvre d'une politique de développement social, d'accroissement du niveau d'instruction de la population et de réduction des inégalités est-elle essentielle à la promotion d'une vie socialement et économiquement féconde.

Finalités de la politique de la santé

La première finalité est de vivre en santé et son corollaire, dans le scénario pour l'an 2000, est de vieillir en santé. Le vieillissement est un phénomène naturel de l'existence. Le conjurer est irréaliste, mais mieux le vivre est réaliste.

La deuxième finalité consiste à diminuer l'incidence et l'impact des problèmes de santé qui pèsent le plus lourd dans notre société. On peut les classer en quatre catégories :

- les affections congénitales;
- les affections gériatriques;
- les troubles psychiatriques; et
- les maladies et conditions invalidantes considérées comme pouvant être prévenues ou dont les conséquences peuvent être minimisées.

Outre ces grandes maladies, il existe une forte proportion de problèmes traités en cabinet qui touchent de petits maux de tous les jours qui peuvent être prévenus, ou encore, des problèmes psychosomatiques liés aux conditions de vie des personnes et à leur façon de gérer leur « stress ». La réponse à cette demande ne pourra plus, dans l'avenir, se borner au traitement médicamenteux des symptômes; la cause ou les causes devront être recherchées et les modes de traitement devront être diversifiés. Dans ce domaine, la demande d'un public plus instruit et mieux informé se traduira par davantage d'auto-diagnostics et d'auto-traitements, par la reconnaissance du pouvoir d'auto-guérison et du pouvoir thérapeutique des pairs et de l'entourage.

Mais le rétablissement de la santé demeurera toujours plus coûteux que le maintien de la santé. Aussi pour hausser l'espérance de vie en bonne santé des 60 ans actuels à 70 ans pour l'an 2000, il faudra déployer des stratégies efficaces de prévention, de protection et de promotion de la santé. Sans faire un inventaire exhaustif des stratégies réalisables, il est possible d'en prévoir six principales dans le cadre du scénario pour l'an 2000.

Les six stratégies essentielles

Pour vivre et vieillir en santé, pour hausser l'espérance de vie en bonne santé, pour contrer les problèmes de santé les plus lourds, pour prévenir les petits maux de tous les jours et favoriser la qualité de la vie, il faut mettre en œuvre six stratégies essentielles :

- la stratégie de recherche;
- la stratégie d'information, de sensibilisation et d'éducation;
- la stratégie de l'incitation financière;

• la stratégie législative;

• la stratégie d'intervention sur le milieu physique; et

• la stratégie de modification du mode de financement des soins personnels et des pratiques des thérapeutes.

Il faut noter que ces stratégies ne sont pas mutuellement exclusives et qu'un mélange bien dosé de stratégies diverses sera généralement plus efficace que la mise en œuvre d'une seule.

La stratégie de recherche — Bien que la stratégie de recherche puisse porter sur les cinq grands déterminants de la santé, soit : la génétique; les comportements individuels; l'environnement physique; l'environnement social; et les services de soins personnels; je me limiterai, aux fins de cet exposé, à examiner les pistes nouvelles et prometteuses qui se dégagent des recherches récentes en vue de la mise au point d'une véritable politique de la santé.

1 La détermination des programmes génétiques individuels

Les importants progrès de l'immunogénétique, de la biologie moléculaire et de l'enzymologie, au cours des 20 dernières années, ont modifié fondamentalement notre connaissance de ce qui est inné par rapport à ce qui est acquis. Depuis que l'on détermine les facteurs chromosomiques à la naissance et même avant la naissance, depuis que l'on connaît les groupes tissulaires HLA (*human locus antigen*), on comprend mieux pourquoi et en quoi les individus sont inégaux devant la maladie et le vieillissement. Le patrimoine héréditaire peut apparaître sous différentes formes :

– les formes qui sont d'emblée irréversibles, celles des aberrations génétiques. Seules les consultations génétiques avant la conception peuvent éviter l'apparition des maladies génétiques; et

– les formes latentes, celles qui constituent les prédispositions héréditaires qui existent en chacun d'entre nous et qui nous ont été transmises avec des variantes individuelles. Par exemple, la prédisposition à l'hypertension liée à une plus grande perméabilité de la membrane cellulaire au sodium chez une certaine proportion d'individus. Ainsi, l'hypertension frappe sélectivement certains individus prédisposés du groupe soumis aux mêmes conditions d'alimentation et de stress fréquent.

C'est toute l'approche « anthropologique » de la maladie, selon la terminologie de Jacques Ruffié (1976).

2 L'analyse des facteurs de risque familiaux ou de groupe

L'analyse multifactorielle développée par l'épidémiologie actuelle permet de préciser, parmi une population de bien portants, ceux qui sont prédisposés à des maladies spécifiques et donc d'intervenir sur les facteurs prédisposants à la maladie.

3 L'étude de l'être humain dans son développement et dans son milieu de vie

Les sciences de comportement se joignent aux sciences fondamentales et cliniques pour mieux répondre à l'exigence de la prévention dont le rôle est d'adapter l'environnement de chacun à la mesure de ses possibilités et l'environnement des groupes aux possibilités de tous.

La stratégie d'information, de sensibilisation et d'éducation — Bien que réputée antérieurement la moins efficace de toutes, cette stratégie d'information, de sensibilisation et d'éducation demeure, d'une part, essentielle pour obtenir le consensus social nécessaire dans une démocratie, à la mise en œuvre des stratégies d'incitation financière, à la stratégie législative et à la stratégie d'intervention sur le milieu physique. Une attention particulière doit être portée sur les groupes médiateurs, soit les professionnels de la santé, ceux de l'enseignement ainsi que les représentants des médias. Par exemple, dans le cadre du scénario pour l'an 2000, il faut faire prendre conscience à la population du fait que la maladie ne fait pas partie intégrante du processus de vieillissement, ce dernier étant normal, alors que la maladie est tributaire des conditions de vie et du bagage génétique. D'autre part, le développement nécessaire de l'auto-diagnostic et de l'autotraitement suppose le développement préalable de cette stratégie qui sera fondamentale dans l'avenir.

La stratégie de l'incitation financière — Il s'agit d'une stratégie ancienne mais toujours à la mode qui se traduit sous forme de taxes, de suppléments de revenus, de déductions d'impôts ou de primes d'assurance.

Ces incitatifs vers la santé peuvent être positifs ou négatifs, directs (boni sur la paye) ou indirects (faciliter l'activité physique sur les lieux de travail), être utilisés par les employeurs et les employés, agir à un moment donné dans le temps ou sur une base continue.

Bon nombre d'études portent sur l'efficacité relative de ces incitatifs financiers selon leur nature et la façon dont ils sont utilisés. On leur reconnaît généralement une efficacité immédiate sur la qualité de vie, à court terme, surtout s'ils ne s'adressent pas seulement à l'individu mais à un groupe de personnes partageant le même objectif (Warner et Murt, 1984). Par ailleurs, leur impact sur les restrictions d'activité et la hausse de la productivité se fait sentir à plus long terme.

La stratégie législative — Cette stratégie repose essentiellement sur les gouvernements de tous les niveaux. Elle tire sa légitimité du fait que dans de nombreuses circonstances l'État se doit de protéger les citoyens contre certaines nuisances créées par autrui, contre des agressions extérieures.

Elle exige généralement d'être précédée d'une phase de sensibilisation et d'information des citoyens sur les raisons militant en faveur d'une action législative. Qui dit législation dit coercition, puisque l'État doit faire respecter la loi et ses règlements. Parfois un incitatif financier négatif (amendes, et ainsi de suite) accompagnera l'action législative, la renforçant par le fait même.

La stratégie d'intervention sur le milieu physique — Considérée parmi les plus efficaces, cette stratégie possède une longue tradition historique, comme en faisait état McKeown (1982). Mais les risques nouveaux (pluies acides, insecticides, pollution de l'air et de l'eau, produits toxiques, et ainsi de suite) rendent cette stratégie plus complexe et plus coûteuse. Les objectifs de santé tendent à se confondre à des objectifs de conservation du milieu à des fins esthétiques ou récréatives, tandis qu'il devient de plus en plus difficile d'évaluer les effets réels sur la santé de ces nouvelles agressions. Encore ici, la stratégie d'information et la stratégie d'incitation financière doivent se combiner à cette cinquième stratégie pour des résultats appréciables.

La stratégie de modification du mode de financement des soins personnels et des pratiques des thérapeutes — Il y a beaucoup à dire sur cette stratégie mais, si l'on veut être succinct, il convient de mentionner les nouvelles expériences des *health maintenance organizations* (HMO) américains (systèmes de paiement des soins avec incitation vers la prévention et le maintien hors des institutions hospitalières) [Mullen et Zapka, 1981]. Quant aux modes de paiement des médecins et des autres thérapeutes, il est difficile de se prononcer sur les avantages de l'une ou de l'autre forme actuelle mais il est certain que des incitatifs financiers vers le maintien de la santé et le retour à la vie normale doivent être intégrés dans le système de paiement si l'on veut obtenir des résultats probants en termes de coût-efficacité et de coûts-bénéfices (Rowe et Bisbee, 1978). Il a été amplement démontré que les approches traditionnelles dans le domaine de la prévention, telles que les examens annuels et la batterie d'examens de laboratoire, n'apportent pas les bénéfices attendus par rapport aux sommes investies (Association médicale canadienne, 1979).

Aussi s'intéresse-t-on actuellement, davantage que par le passé, à la promotion de la santé par le biais d'un système d'assurance globale couvrant aussi bien le maintien de la santé que le traitement précoce des maladies en vue d'éviter l'hospitalisation et les coûts liés à l'invalidité (Harrington et Newcomer, 1985).

Cette approche est indiscutablement prometteuse et devrait être expérimentée au Québec comme partie intégrante du scénario pour l'an 2000.

Conclusion

Pour conclure cet exposé sur les progrès accomplis dans le domaine de la prévention, de la protection et de la promotion de la santé, permettez-moi d'insister sur l'approche positive qu'il convient d'adopter pour l'avenir.

Les finalités de la politique de la santé doivent être énoncées dans des termes différents de ceux du passé où l'on utilisait surtout comme mesures d'impact les taux de mortalité généraux ou spécifiques (Rapport Castonguay, 1970) ou encore, la mortalité avant 70 ans (Rapport Lalonde, 1974).

Ces finalités de la politique de la santé doivent, à notre avis, être axées sur la promotion d'une vie socialement et économiquement féconde (OMS, 1984*c*), sur la hausse de l'espérance de vie en bonne santé (CASF, 1984, p. 37), en définitive, sur la qualité de la vie.

Dans le cadre d'un scénario pour l'an 2000, le Conseil propose la mise en œuvre de six stratégies basées sur la protection de la santé lorsque celle-ci est menacée par des nuisances collectives et sur la promotion de la santé par la prise en charge par l'individu de sa santé dans sa famille, son lieu de formation, de travail et de loisir :

- stratégie de recherche fondamentale, épidémiologique et comportementale;

• stratégie d'information, de sensibilisation et d'éducation des médiateurs et du public;

• stratégie d'incitation financière positive et négative;

• stratégie législative visant la protection du public;

• stratégie d'intervention sur le milieu physique; et

• stratégie de modification du mode de financement des soins personnels.

Donald T. Wigle

Certains pays (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979) se sont donnés des objectifs quantitatifs en matière de santé mais, au Canada, seules quelques provinces (Conseil de santé du district Wellington-Dufferin, 1984) ont pris cette initiative. En 1982, les sous-ministres de la Santé ont ébauché un premier projet en ce sens à l'échelon national. Le Québec, pour sa part, a établi des objectifs généraux mais n'a pas quantifié les améliorations projetées (CASF, 1984).

En juin 1984, l'Association canadienne d'hygiène publique (ACHP) adoptait un énoncé de principe ainsi qu'une résolution dans lesquels elle faisait ressortir la nécessité d'une planification des services de santé à la grandeur du pays. Selon les termes de la résolution, l'ACHP était invitée à convoquer ou à faire en sorte que soit convoquée une conférence nationale portant sur les objectifs et les stratégies en matière de santé. Des représentants de l'ACHP, de l'Association pour la santé publique du Québec et de l'Ontario Public Health Association se sont rencontrés pour mettre au point cette proposition. Ils ont reconnu non seulement la nécessité d'organiser une conférence mais aussi de s'entendre sur un ensemble de priorités et de stratégies aux paliers provincial et national. Ils ont également convenu qu'il fallait mettre en place, à ces deux niveaux, un mécanisme permettant de suivre la mise en œuvre des stratégies adoptées en matière de santé. Au milieu de l'année 1985, une ébauche de proposition et un plan d'action préliminaire ont été acheminés aux ministres de la Santé du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires (Dafoe, 1986).

Le but de mon propos est de présenter certains éléments sur lesquels pourrait s'appuyer la formulation d'objectifs quantitatifs en matière de santé pour l'ensemble du Canada. Je n'ai pas l'intention d'aborder toute la gamme des problèmes qui se posent dans le domaine de la santé, mais plutôt d'illustrer le bien-fondé des objectifs quantitatifs.

La situation aux États-Unis

Aux États-Unis, les objectifs en matière de santé découlent du rapport du médecin chef publié en 1979 et intitulé *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Le rapport arrive à la conclusion que les gains réalisés au chapitre de la santé depuis le début du siècle sont en grande partie attribuables à l'application de mesures préventives comme l'hygiène publique, des conditions de logement améliorées, une meilleure alimentation, l'immunisation contre certaines maladies et les changements dans le mode de vie. Le rapport contenait cinq grands objectifs pour l'année 1990, chacun correspondant à une étape importante de la vie, soit :

• continuer d'améliorer la santé des nourrissons et, d'ici 1990, abaisser d'au moins 35 % le taux de mortalité infantile de façon à le ramener à moins de 9 décès par 1 000 naissances vivantes;

• améliorer la santé des enfants, favoriser leur croissance optimale et, d'ici 1990, abaisser d'au moins 20 % le nombre de décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans de façon à le ramener à 34 décès par 100 000 enfants;

• améliorer la santé et les habitudes de vie des adolescents et des jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, et réduire d'au moins 20 % le nombre de décès dans ce groupe de façon à le ramener à moins de 93 décès par 100 000 personnes;

• améliorer la santé des adultes et, d'ici 1990, diminuer d'au moins 25 % le nombre de décès chez les gens âgés de 25 à 64 ans de façon à le ramener à moins de 400 décès par 100 000 personnes; et

• améliorer la santé et la qualité de la vie des personnes plus âgées et, d'ici 1990, abaisser de 20 % le nombre annuel moyen de journées d'activité réduite en raison de maladies graves et chroniques de façon à le ramener à moins de 30 jours par année dans le cas des personnes âgées de 65 ans et plus.

En 1980, le Service de santé publique des États-Unis publiait un document intitulé « Promoting Health/ Preventing Disease: Objectives for the Nation ». On y

proposait 226 objectifs, touchant 15 domaines prioritaires, choisis en fonction de leur apport possible à la réalisation des cinq grands buts mentionnés ci-dessus. Plus de 500 personnes et représentants d'organismes des secteurs public et privé avaient participé à l'élaboration de ces objectifs.

Les 15 domaines prioritaires sont présentés dans le tableau 5-2. Les objectifs fixés pour chacun, sont regroupés sous cinq thèmes :

- amélioration de l'état de santé;
- réduction des facteurs de risque;
- plus grande sensibilisation du public et des professionnels;
- amélioration des services axés sur la protection de la santé; et
- perfectionnement des mécanismes de surveillance ou d'évaluation.

Tableau 5-2

Domaines prioritaires et niveaux de financement du secteur de la santé, États-Unis, 1984

En millions de dollars

	Financement
Planification familiale	381
Grossesse, santé des nourrissons	367
Immunisation	141
Lutte contre les maladies transmises sexuellement	73
Dépistage de l'hypertension artérielle	18
Diminution de l'exposition aux radiations et aux produits toxiques	262
Sécurité et santé au travail	93
Prévention des accidents et des blessures	9
Fluoration et hygiène dentaire	32
Surveillance des maladies infectieuses et lutte contre ces maladies	243
Lutte contre le tabagisme	21
Prévention de la consommation abusive d'alcool et de médicaments	127
Amélioration des habitudes alimentaires	575
Bonne forme physique et exercice	10
Réduction du stress et de la violence	9
Projets polyvalents	1 462
Total	3 824

SOURCE U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1980) et U.S. Department of Health and Human Services (1985).

De concert avec d'autres organismes intéressés, les divisions du Département de la santé et des services sociaux ayant la responsabilité première dans un domaine prioritaire ont élaboré des plans d'action en regard de certains des objectifs identifiés pour chacun des 15 domaines prioritaires (U.S. Department of Health and Human Services, 1985*a*). Des éléments du plan de mise en œuvre de chaque objectif sont :

- les mesures axées sur l'éducation et l'information du public;
- les subventions aux états et mesures liées à la prestation des services;
- les mesures relatives à l'assistance technique et à la coopération;
- les mesures d'ordre économique et autres mesures d'incitation; et
- les mesures axées sur la recherche et la surveillance.

Des exemples d'objectifs et d'étapes du plan d'action dans un domaine prioritaire – la lutte contre le tabagisme – sont donnés à la figure 5-1. Fait à noter, les États-Unis ont atteint un de leurs premiers objectifs dans ce domaine. Depuis septembre 1985, en effet, la loi exige que diverses mises en garde figurent sur les paquets de cigarettes ainsi que dans les annonces publicitaires.

En 1984, le gouvernement américain a affecté près de 4 milliards de dollars à la réalisation des objectifs en matière de santé. Une organisation imposante, rattachée au Département de la santé et des services sociaux, a la responsabilité d'administrer ces fonds (tableau 5-3).

La situation au Canada

Le comité de promotion de la santé du Conseil de santé du district de Wellington-Dufferin publiait, en 1984, un document de travail sur les objectifs reliés à la promotion de la santé. À partir d'une définition générale (. . . améliorer la santé et prévenir les accidents ou la maladie par des changements touchant le mode de vie, le milieu et la biologie humaine) des objectifs ont été élaborés après avoir précisé : les problèmes de santé les plus graves; les facteurs de risque liés à ces problèmes; et les activités de promotion de la santé axées sur chacun de ces facteurs de risque.

Figure 5-1

Exemple de plan d'action en vue d'un objectif spécifique de santé – soit le contrôle du tabagisme

Lutte contre le tabagisme	Un des 15 domaines pour lesquels des objectifs en matière de santé ont été fixés.
Réduction des facteurs de risque	Une des cinq catégories d'objectifs en matière de santé afférents à chacun des domaines d'intervention. Exemple : d'ici 1990, le pourcentage de fumeurs chez les enfants et les jeunes âgés de 12 à 18 ans devrait être réduit à moins de 6 % (comparativement à 11,7 % en 1979).
Mesures axées sur l'éducation du public et l'information	Un des cinq éléments du plan d'action dans chacun des 15 domaines d'intervention. Exemple : mettre au point des campagnes d'information sur la cigarette qui s'adressent principalement aux femmes et aux jeunes adultes.

Tableau 5-3

Organismes de santé fédéraux offrant des programmes de prévention de la maladie, États-Unis, 1984

En millions de dollars

	Coût
Département de la santé et des services sociaux :	
Services de santé publique	
Divisions responsables de la consommation abusive d'alcool et de médicaments et de la santé mentale	62
Centres de lutte contre la maladie (6)	380
Division responsable des aliments et des drogues	393
Division responsable des ressources et des services de santé	1 013
Instituts nationaux de la santé (11)	1 051
Cabinet du secrétaire adjoint à la santé	163
Division responsable du financement des soins de santé	284
Bureau des services communautaires	6
Bureau des services de développement social	472
Total	3 824

Le Comité a défini cinq buts prioritaires :

- diminuer la consommation de tabac;
- améliorer les habitudes alimentaires;
- accroître l'activité physique;
- réduire la consommation abusive d'alcool;
- améliorer les relations conjugales et familiales ainsi que la qualité de la fonction parentale;

et il a examiné les diverses stratégies possibles et les programmes en vigueur relativement à chacun d'entre eux. Il a notamment passé en revue les activités de promotion de la santé en vigueur dans les écoles, en milieu de travail et au sein de la collectivité.

Au Québec, c'est un comité multidisciplinaire relevant du Conseil des affaires sociales et de la famille qui a élaboré les objectifs à atteindre en matière de santé (CASF, 1984). Le Conseil avait préalablement publié trois monographies sur l'état de santé des Québécois, ainsi qu'une autre sur le coût de la maladie (Dillard, 1983; Roy, 1983; Levasseur, 1983; Camirand, 1983). Les principaux problèmes de santé ont été définis en fonction des critères suivants : fréquence, gravité, répercussions d'ordre social, envergure du problème au Québec par rapport à la situation dans d'autres provinces et pays industrialisés, inégalités entre divers groupes, possibilité de mener à bien une intervention, coûts directs des soins de santé, mortalité prématurée et incapacité attribuables au problème, et intérêt public.

Dix objectifs ont été fixés en matière de santé, pour tous les groupes d'âge :

De 0 à 5 ans

- diminuer le nombre de malformations congénitales graves et atténuer leurs conséquences pour le bébé et la famille;

• favoriser le développement émotif et social;

De 6 à 24 ans

• diminuer le nombre de décès imputables à des accidents de la route;

• diminuer le nombre de grossesses non désirées et atténuer leurs conséquences pour les adolescentes;

• abaisser la fréquence des problèmes d'ordre mental chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et atténuer leur gravité;

De 25 à 64 ans

• réduire la fréquence des troubles physiques et mentaux liés aux activités professionnelles et en atténuer la gravité et les effets;

• diminuer la fréquence des maladies cardio-vasculaires et en atténuer les effets;

• réduire la fréquence des problèmes de santé touchant les os et les articulations et en atténuer la gravité et les effets;

• réduire la fréquence du cancer et en atténuer les effets; et

De 65 ans et plus

• encourager les personnes âgées à demeurer autonomes.

Les auteurs ont proposé trois niveaux d'intervention en vue d'atteindre ces objectifs : 1) de diminuer la fréquence des problèmes de santé en appliquant des mesures de prévention primaire; 2) d'atténuer la gravité de la maladie en dispensant des soins de santé; et 3) d'atténuer les effets de la maladie en offrant des services de soutien. En outre, ils ont proposé des possibilités précises pour chacun d'entre eux (par exemple, pour diminuer la fréquence du cancer et en atténuer les effets : 1) d'intensifier la lutte contre le tabagisme; 2) d'amener les médecins à traiter les patients en fonction du milieu dans lequel ils vivent; et 3) de fournir le soutien matériel et psychologique nécessaire aux malades et à leur famille.

Pourquoi fixer des buts et des objectifs ?

L'établissement de buts et d'objectifs précis en matière de santé à l'échelon national devrait favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources consacrées à l'amélioration de la santé des Canadiens. Plus important encore, la poursuite d'objectifs nationaux jouissant d'un large appui au sein de la population fournirait au public, aux professionnels de la santé et aux dirigeants politiques l'occasion de relever un défi utile et devrait permettre d'éliminer plus rapidement la maladie et de prolonger l'espérance de vie. Il sera possible d'identifier les programmes qui présentent certaines faiblesses en établissant des objectifs quantitatifs et en évaluant les progrès accomplis sur une certaine période. Cette tâche sera d'autant plus facile si les gouvernements et les organismes bénévoles concernés se sont engagés à atteindre les objectifs fixés.

Les buts et objectifs en matière de santé et la politique de l'État

La réalisation de buts et d'objectifs valables en matière de santé exige une organisation, des ressources et un cadre législatif appropriés (figure 5-2).

Figure 5-2

Incidences des objectifs de santé sur les politiques publiques

Organisation	Nécessité de créer : – des instituts nationaux de recherche; – des centres nationaux de lutte contre la maladie et de promotion de la santé.
Financement	Les besoins de financement sont considérables mais les dépenses dans ce domaine doivent être vues comme un investissement dans la santé future de la population du pays. Éléments compensatoires : – accroissement des recettes fiscales tirées du tabac et de l'alcool; – réduction des coûts reliés à la maladie.
Législation	Afin de préciser les objectifs, les modalités de financement et les responsabilités à l'égard des programmes nationaux. Afin de donner un fondement à la réglementation des matières dangereuses et à la protection de l'environnement.

Bon nombre des éléments qui ont été mis en place aux États-Unis pour faciliter les interventions visant à atteindre les buts fixés en matière de santé font défaut au Canada (voir le tableau 5-3). Ainsi, les États-Unis comptent 11 instituts nationaux de la santé et six centres de lutte contre la maladie, tandis que le Canada ne possède qu'un seul de ces centres – dont le budget est 40 fois inférieur à celui de l'ensemble des organismes semblables du côté américain. Non seulement le Canada semble-t-il consacrer proportionnellement moins de ressources à la prévention, mais il y a absence de lois, au palier fédéral, notamment dans le domaine de la santé au travail et celui de la lutte contre le tabagisme.

Objectifs en matière de santé pour le Canada

Un modèle du domaine de la santé publique

On peut considérer qu'à l'origine de tout problème de santé, il y a un élément récepteur ou un hôte (par exemple, une population), un agent (par exemple, un produit chimique toxique) et le milieu environnant (tant physique que socio-économique).

Les grands types d'interventions destinées à lutter contre les problèmes de santé comprennent les mesures de protection de la santé, les mesures de promotion de la santé et les soins de santé (figure 5-3). L'application des mesures primaires de prévention, dans le cadre de ce modèle, à la lutte contre le tabagisme est illustrée à la figure 5-4. On s'entend généralement pour dire que les interventions doivent être axées simultanément sur les trois éléments (c'est-à-dire, l'hôte, l'agent et le milieu) pour que la lutte contre le problème du tabagisme ait quelque efficacité. La classification exacte de certaines interventions est plutôt arbitraire (la politique fiscale, par exemple, peut tout aussi bien être un agent que relever du milieu socio-économique).

L'élaboration des objectifs

Les stratégies décrites précédemment ont en commun les éléments qui suivent :

- identification des grands problèmes de santé;
- évaluation des principaux facteurs de risque et des possibilités d'intervention; et
- mécanisme permettant d'en arriver à un consensus.

Figure 5-3

Modèle de la santé du grand public

	Éléments cibles
Prévention primaire :	
Promotion de la santé Protection de la santé	Hôte Agent Milieu physique
Politiques sociales et économiques	Milieu socio-économique
Prévention secondaire et tertiaire :	
Soins de santé Soutien social	Effets atténués, par exemple : incapacité, mort prématurée.

Seuls les États-Unis sont allés plus loin : ils ont élaboré et mis en œuvre des plans d'action en matière de santé publique. Au Canada, le document d'orientation publié en 1985 par l'ACHP et dont nous avons fait mention au début devrait conduire à l'adoption de buts et d'objectifs nationaux en matière de santé bénéficiant d'un large appui au sein de la population.

Il est proposé que trois buts principaux soient considérés : 1) améliorer l'état de santé; 2) diminuer l'incidence des principaux facteurs de risque; et 3) développer nos connaissances sur l'état de santé de la population et les facteurs de risque. Des objectifs quantitatifs peuvent être fixés arbitrairement ou être fondés sur l'expérience acquise. Nous devrions viser à : a) faire au moins aussi bien que ce que nous avons accompli par le passé; b) corriger les lacunes des initiatives précédentes; c) mettre l'accent sur les mesures de prévention primaire auprès des jeunes et des jeunes familles; et d) reconnaître que, souvent, nous ne pouvons faire mieux que prendre des mesures de prévention secondaire et tertiaire dans le cas des personnes qui sont exposées depuis plusieurs années à des facteurs de risque et qui sont atteintes de maladies chroniques.

Les tableaux 5-4 à 5-7 montrent des exemples d'objectifs proposés pour l'ensemble du Canada en matière de santé. Entre 1983 et l'an 2000, il faudrait que le taux de mortalité dans les divers groupes d'âge enregistre une diminution comparable à celles observées au cours de chacune des deux précédentes périodes de 16 ans (tableau 5-4). Par conséquent, le risque de décès serait diminué de 25 % dans l'ensemble de la population et proportionnellement davantage chez les jeunes.

Figure 5-4

Modèle de la santé du public en vue d'un objectif spécifique de santé – soit la réduction du danger de cancer du poumon

	Intervention		
	Protection de la santé	Promotion de la santé	Soins de santé
Éléments cibles :			
Hôte	Loi restreignant la consommation du tabac (par exemple, interdire la vente du tabac aux jeunes âgés de moins de 18 ans).	Éducation : – écoles – médias. Cours d'affirmation de soi. Programmes de conditionnement physique. – cliniques. Modèles à imiter. Études portant sur l'incidence du tabagisme et les caractéristiques des fumeurs. Mesures d'incitation financière pour ne pas fumer ou cesser de fumer.	Cliniques de désintoxication pour fumeurs.
Agent	Recourir à la fiscalité. Restreindre la publicité et la promotion. Imposer un régime de licences pour les additifs employés dans la fabrication des produit du tabac. Placer des avertissements sur les emballages de cigarettes : – effets sur la santé; – intoxication; – produits chimiques toxiques. Limiter l'emploi de produits chimiques toxiques. Restreindre l'utilisation de distributeurs automatiques.		
Milieu	Établir des aires où il est interdit de fumer dans les lieux de travail et les endroits publics. Recourir à des mesures d'action positive (par exemple, accorder la préférence aux non-fumeurs dans le recrutement).		

Tableau 5-4

Réduction des taux de mortalité : un objectif pour l'amélioration de l'état de santé
En pourcentage

	Réduction du taux de mortalité, selon l'âge					
	<1	0 à 24 ans	25 à 54 ans	55 à 74 ans	75 ans et plus	Tous les âges
Réduction observée :						
1951-1967	–43	–37	–19	–13	–18	–19
1967-1983	–60	–46	–26	–20	–20	–24
Objectifs visés :						
1983-2000	–50	–50	–25	–20	–20	–25

D'ici l'an 2000, les disparités au niveau du risque de décès prématuré entre les catégories de revenu devraient être diminuées de moitié par rapport au niveau de 1971 (tableau 5-5); le pourcentage de fumeurs parmi les personnes âgées de 12 à 29 ans devrait être abaissé à moins de 10 % (tableau 5-6); et le pourcentage de personnes souffrant d'hypertension grave (c'est-à-dire, dont la pression sanguine diastolique est d'au moins 100mmHg) devrait être ramené à moins de 2 % d'ici l'an 2000 (tableau 5-7).

Il y a de graves lacunes dans nos connaissances au sujet de l'état de santé et des facteurs de risque modifiables liés à certains problèmes de santé importants. On pourrait établir des objectifs spécifiques pour évaluer les habitudes alimentaires des Canadiens et pour recueillir plus de renseignements sur l'état de santé et les facteurs de risque, tels que, par exemple :

- effectuer, d'ici 1990, une enquête sur l'alimentation des Canadiens;
- déterminer l'incidence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes;
- déceler, d'ici l'an 2000, les principaux facteurs de risque modifiables dans la maladie d'Alzheimer; et
- évaluer, d'ici 1995, l'effet des facteurs diététiques dans la prévention du cancer recto-colite.

Nous ne disposons d'aucune donnée sur le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au Canada. Même les renseignements dont nous disposons sur le diabète – plus précisément au sujet du nombre de personnes atteintes de cette maladie et des complications

Tableau 5-5

Réduction des disparités dans le risque de décès, par niveau de revenu : autre objectif pour l'amélioration de l'état de santé[1]
En pourcentage

	Risque excédentaire de décès dans le quintile de revenu le plus faible[2]					
	<1	1 à 14 ans	15 à 34 ans	35 à 64 ans	65 ans et plus	Tous les âges
Risque observé, 1971	90	70	50	70	15	35
Objectif visé pour l'an 2000	50	35	25	35	10	20

1 « Amélioration de l'état de santé » premier thème des objectifs fixés pour chacun des 15 domaines prioritaires mentionnés dans le texte.
2 Valeur approximative de l'écart dans le risque de décès par rapport au quintile de revenu le plus élevé.
SOURCE Santé et Bien-être social Canada, *Mortality by Income Level in Urban Canada*, Ottawa, 1980.

qui en résultent – sont très incomplets. Nous devons approfondir nos connaissances sur les facteurs de risque modifiables reliés à de nombreux problèmes de santé importants, comme l'arthrite, les maladies neurologiques chroniques et les troubles mentaux.

Tableau 5-6

Réduction du tabagisme : un objectif pour la réduction de la prévalence des grands facteurs de risque[1]

En pourcentage

	Prévalence de fumeurs					
	Âgés de 12 à 19 ans			Âgés de 20 à 29 ans		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Prévalence réel :						
1983	22	25	24	44	36	40
1985	21	25	23	46	49	48
Objectif visé pour l'an 2000	<10 % dans chaque groupe d'âge et pour chaque sexe					

1 « Réduction des facteurs de risque » deuxième thème des objectifs fixés pour chacun des 15 domaines prioritaires mentionnés dans le texte.
SOURCE Santé et Bien-être social Canada.

Les interventions axées sur la réalisation des objectifs en matière de santé

Nous ne traiterons pas en détail des programmes d'intervention dans le présent document. Nous nous limiterons à souligner la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre des programmes d'intervention collectifs, et d'éviter les initiatives – peu efficaces – qui visent les personnes ou de petits groupes. Dans un récent article, Chapman traite de l'inefficience des cliniques de désintoxication pour fumeurs au Royaume-Uni (Chapman, 1985). En 1983, moins de 2 000 personnes ont cessé de fumer après s'être adressées à l'une ou l'autre des 55 cliniques alors en opération au Royaume-Uni. Cependant, des enquêtes ont révélé que plus de 8 millions de fumeurs (42 %) au Royaume-Uni étaient déterminés à cesser de fumer. Les cliniques ne rejoignaient donc que 0,02 % des personnes désireuses de cesser de fumer. Une analyse semblable menée aux États-Unis a démontré que les cliniques de désintoxication pour fumeurs atteignaient moins de 0,1 % de la population cible. Par contre, dans les cas où l'on a imposé une interdiction de fumer sur les lieux de travail, jusqu'à 40 % des personnes visées ont cessé de fumer dans les quelques mois qui ont suivi. De toute évidence, placés dans des conditions propices, la plupart des fumeurs qui souhaitent cesser de fumer sont incités à passer à l'action.

Tableau 5-7

Réduction de l'hypertension[1] : un autre objectif pour la réduction de la prévalence des grands facteurs de risque[2]

En pourcentage

	Prévalence d'hypertension			
	Âgé(e)s de 20 à 64 ans		Âgé(e)s de 65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Fréquence observée :				
1970-1972	8,5	8,3	20,5	18,7
1981	6,5	2,8	5,9	8,5
Objectif visé pour l'an 2000	< 2.0	< 2,0	< 2,0	< 2,0

1 L'« hypertension » est définie comme une pression sanguine diastolique de 100mmHg ou plus.
2 « Réduction des facteurs de risque » deuxième thème des objectifs fixés pour chacun de 15 domaines prioritaires mentionnés dans le texte.
SOURCE Santé et Bien-être social Canada.

Les résultats passés et les considérations liées au rapport coût-efficacité mènent à la conclusion que, pour faire en sorte que le plus grand nombre possible de personnes profitent au maximum des programmes de santé publique, il faudra presque toujours privilégier les interventions « de masse » visant à améliorer l'environnement physique et social (Rose, 1985).

Responsabilités des gouvernements

L'opinion selon laquelle, au Canada, la santé est essentiellement un secteur de compétence provinciale est largement répandue. Cependant, les seules interventions touchant à ce domaine qui relèvent principalement des gouvernements provinciaux sont la santé et la sécurité au travail, l'enseignement dispensé en établissement et la prestation des soins de santé. Le gouvernement fédéral est chargé, de façon générale, de veiller sur la santé des Canadiens et, en particulier, de lutter contre les risques pour la santé qui mettent en cause plus d'une province ou un autre pays. Il a pris sur lui de réduire les disparités économiques régionales et, en appliquant le même principe, il pourrait s'attacher également à supprimer les disparités régionales dans le domaine de la santé.

En outre, la surveillance des aliments, des drogues et de nombreux biens de consommation incombe principalement au gouvernement fédéral (figure 5-5). Pour le reste, les deux ordres de gouvernement se partagent la responsabilité de la plupart des autres interventions ayant pour but de protéger la santé des Canadiens.

Les obstacles

Les efforts déployés en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de santé rencontreront inévitablement une certaine résistance. La figure 5-6 présente certains exemples dans lesquels le modèle hôte/agent/milieu est

Figure 5-5

Responsabilités de l'État en rapport avec la protection et la promotion de la santé

Réglementation	Prescriptions réglementaires pour garantir l'efficacité et la sécurité des produits (aliments, médicaments, pesticides, et ainsi de suite).	F
	Normes relatives à la qualité de l'atmosphère et de l'eau de consommation.	F/P
	Normes de santé et de sécurité au travail.	P*
	Surveillance de la publicité erronée ou trompeuse.	F/P
	Restrictions à l'égard des drogues dangereuses, utilisées à des fins non médicales.	F
Mesures économiques	Mesures visant le plein emploi.	F/P
	Programmes sociaux destinés aux personnes âgées, aux personnes souffrant d'incapacité et aux groupes à faible revenu.	F/P
	Financement des soins de santé.	F/P
	Imposition de taxes sur les produits afin d'inciter les gens à ne pas les consommer (comme le tabac) ou à ne pas en faire une consommation abusive (comme l'alcool).	F/P
Éducation	Sensibiliser la population à l'égard des risques pour la santé qui peuvent être évités.	F/P
Recherche et évaluation	Identification des groupes à risque élevé au sein de la population.	F/P
	Identification des facteurs préjudiciables pour la santé.	F/P
	Évaluation du risque que présente l'exposition à des matières dangereuses.	F/P
	Évaluation des programmes de santé publique.	F/P

F : Gouvernement fédéral
F/P : Gouvernements fédéral et provincial
P : Gouvernement provincial
* : Principalement

appliqué à la lutte contre le tabagisme. Des programmes d'action devraient être conçus pour surmonter les obstacles éventuels. En particulier, il importe de rejoindre les couches désavantagées de la population, c'est-à-dire les pauvres, les chômeurs, les personnes âgées et les personnes isolées du point de vue géographique ou social.

Figure 5-6

Obstacles à la réalisation d'un objectif spécifique de santé – soit la réduction du danger de cancer du poumon

Hôte	Âge (durée d'exposition);
	pauvreté, chômage;
	faible niveau d'instruction.
Agent	Intoxication;
	publicité/promotion;
	avertissements insuffisants et obscurs;
	bas prix;
	accès facile.
Milieu	Couverture incohérente des dangers de la cigarette par les médias
	Non-interdiction de fumer dans les lieux de travail et les endroits publics.
	Pressions exercées par l'industrie du tabac (fabricants, agriculteurs) auprès des autorités politiques.
	Recherche de l'approbation sociale par l'industrie (subvention aux arts, aux groupes sportifs, et ainsi de suite).
	Influence sur les médias par le biais des recettes de publicité.

Conclusion

La formulation d'objectifs en matière de santé pour l'ensemble du pays favorisera l'utilisation efficiente des ressources affectées à l'amélioration de la santé des Canadiens, notamment par l'application de mesures de prévention primaire. Il n'existe pas de solution simple au problème des coûts sans cesse plus élevés des soins de santé. Cependant, dans ce domaine, l'histoire nous montre que ce sont les programmes d'intervention s'adressant à l'ensemble de la collectivité qui influent le plus sur la santé des populations (comme la fluoration de l'eau de consommation ou les campagnes d'immunisation).

Les principaux problèmes de santé auxquels nous faisons face aujourd'hui ne peuvent être réglés par des mesures politiquement « populaires » comme les campagnes d'immunisation. Il importe de sensibiliser la population à certains risques qui peuvent être évités et il faut légiférer pour être en mesure d'exercer une surveillance adéquate sur les produits dangereux. Enfin, une économie solide est la clé de voûte d'un environnement socio-économique propice à la bonne santé de la population.

Les programmes de prévention primaire amèneront les améliorations les plus sensibles. Ces programmes doivent s'adresser principalement aux jeunes afin que certains effets totalement ou partiellement irréversibles, comme ceux associés au tabagisme, puissent être évités. Les efforts devraient en outre être axés sur la mise en œuvre de programmes collectifs visant les trois éléments de notre modèle (l'hôte, l'agent et le milieu).

Il faut mener des enquêtes sur l'état de santé et les facteurs de risque pour nous assurer que nous faisons suffisamment de progrès vers la réalisation de nos objectifs et que les initiatives prises rejoignent les personnes désavantagées.

Des programmes sociaux et des programmes de soins de santé doivent être mis sur pied afin de compenser les conséquences inévitables du vieillissement et les lacunes au niveau de la prévention primaire. Ces mesures devront également être évaluées afin de veiller à ce que les ressources qu'elles absorbent soient utilisées de façon efficiente.

Enfin, il y a lieu d'intensifier l'effort de recherche afin de combler les lacunes sérieuses qui persistent dans nos connaissances sur l'état de santé et les facteurs de risque modifiables liés à plusieurs des principaux problèmes de santé.

Carol Buck

Le docteur James Fries (1984) a frappé notre imagination avec sa théorie de la réduction de la morbidité. Selon cette théorie, la mort chez les humains, pourrait devenir semblable à l'extinction d'une ampoule électrique. L'ampoule électrique demeure en bon état jusqu'au moment où, soudainement, son filament grille. Chez les humains, par contre, la qualité de la vie diminue graduellement un peu à la manière dont se détériore la vaisselle dans une cuisine. Certaines pièces sont irrémédiablement brisées au cours des premières années, mais la plupart subsistent jusqu'à ce que, trop affaiblies par le rude traitement qu'on leur a fait subir, elles tombent en morceaux après une existence imparfaite et difficile.

Selon la théorie mise de l'avant par Fries, la vie de l'homme pourrait se dérouler davantage comme celle de l'ampoule électrique plutôt que de la vaisselle, c'est-à-dire que la période de maladie avant la mort pourrait être très brève. Les moyens qu'il propose pour y parvenir sont assez directs. En modifiant notre mode de vie, nous pourrions échapper à des maladies mortelles telles que les cardiopathies et les cancers. Non seulement vivrions-nous plus longtemps, mais nous n'aurions pas à subir les symptômes affligeants de ces maladies. Ce serait là un grand progrès – mais qui ne permettrait pourtant pas de réduire, à une durée négligeable, la période de morbidité chez les personnes âgées. Les difficultés de la vieillesse ne sont pas uniquement attribuables aux maladies cardiaques ou au cancer. Il y a également l'arthrite, la mauvaise dentition, la détérioration de la vue et de l'ouïe, la dépression et la sénilité (que l'on appelle aujourd'hui la maladie d'Alzheimer). Les ampoules électriques ne souffrent pas de tels maux, mais la plupart des personnes âgées sont atteintes d'au moins une de ces affections. Je soutiens donc que la voie menant à la diminution de la morbidité chez les personnes âgées est beaucoup plus sinueuse que le Dr Fries voudrait nous le faire croire. Bien sûr, je suis d'avis que nous devons poursuivre dans cette voie, mais j'estime que nous devons aussi faire preuve de réalisme quant à la complexité de la tâche qui nous attend.

J'aimerais en premier lieu aborder la question d'une réorientation vers un mode de vie plus sain. L'aspect le plus prometteur à cet égard est celui de la consommation du tabac. Bien qu'il n'existe que peu de résultats empiriques indiscutables, nous disposons d'une grande quantité de données qui laissent croire que le tabac est nocif. Toutefois, ce qui importe plus encore, c'est l'absence de données indiquant que le fait de cesser de fumer pourrait avoir des conséquences négatives – autres que psychologiques qui, nous le souhaitons, ne sont que de nature provisoire. Ce point est important car on ne peut en dire autant de certains autres aspects du mode de vie que l'on voudrait voir modifier.

Prenons l'alcool, par exemple. Il existe un lien évident entre la consommation *abusive* d'alcool et la morbidité et la mortalité, mais il semble que la consommation modérée peut contribuer à une bonne santé. De nombreux chercheurs ont constaté que le risque de contracter certaines maladies graves est moins élevé chez les personnes qui consomment une quantité raisonnable d'alcool que chez les non-buveurs. Ces résultats peuvent cependant être trompeurs dans la mesure où le groupe des non-buveurs comprend d'anciens buveurs dont certains ont peut-être jadis consommé des quantités considérables d'alcool. Certaines études ont tenu compte de cette possibilité de distorsion et leurs résultats ne nient pas les avantages possibles d'une consommation modérée d'alcool (Ashley, 1984). De toute évidence, il nous faudra étudier plus à fond les effets de l'alcool avant de formuler des conclusions définitives.

Dans le cas des habitudes alimentaires, les données sont encore plus équivoques. Les résultats d'études menées sur la corrélation entre les matières grasses entrant dans l'alimentation et les maladies cardiaques laissent penser que, dans un régime optimal, le ratio entre les graisses polyinsaturées et les graisses saturées devrait être élevé. Des expériences ont toutefois révélé que, si un tel régime diminue le nombre des décès attribuables à la cardiopathie, il n'entraîne pas nécessairement une baisse générale de la mortalité (Ederer et coll., 1971). Puisque les maladies cardiaques sont une cause importante de mortalité, ces résultats ont de quoi étonner. L'interprétation la plus vraisemblable que l'on peut donner à ces résultats est que les matières grasses polyinsaturées contribuent à accroître l'incidence d'autres maladies, notamment le cancer. L'ambiguïté des résultats de ces travaux a mené à la formulation de recommandations plus prudentes au sujet du régime approprié. À l'heure actuelle, on conseille de réduire la consommation totale de matières grasses plutôt que de tenter de modifier le ratio entre les graisses saturées et les graines polyinsaturées.

L'exercice est un autre aspect du mode de vie qui soulève sa part de problèmes. Il y a peu de doute que les personnes qui, de leur propre initiative, font de l'exercice semblent plus en santé que celles qui n'en font pas. Bien sûr, il se peut qu'au départ, elles aient été en meilleure santé. Toutefois, lorsque l'on soumet ce facteur à une expérimentation rigoureuse, sa valeur comme moyen de prévention des troubles cardiaques se révèle très discutable

(Rechnitzer et coll., 1983). L'exercice peut avoir certains bienfaits sur le plan physiologique, mais sa valeur ne semble pas aussi grande dans la réalité. De façon générale, les sujets soumis à de telles expériences ont si peu adhéré aux programmes d'exercices prescrits qu'on ne s'étonne pas de constater que leur état de santé demeure comparable à celui des sujets témoins. Parmi ces derniers, certains se sont mis à faire de l'exercice de leur propre initiative, ce qui est venu compliquer davantage l'interprétation des résultats. Je vous signale ces faits pour montrer à quel point les expériences peuvent être décevantes lorsque les sujets sont des êtres humains – doués de volonté propre – et non des rats ou des souris gardés en captivité.

Bref, pour ce qui est de modifier le mode de vie dans le but d'échapper au cancer ou aux maladies cardiaques, je dois préciser que les perspectives demeurent incertaines. Les études portant sur la modification des habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et l'exercice physique ont produit des résultats équivoques. En ce qui concerne l'abandon du tabac, les données sont beaucoup plus probantes; pourtant, une étude a montré que les changements dont les êtres humains – faillibles – sont capables demeurent trop minimes pour être vraiment efficaces (Rose et coll., 1982). La solution au problème consiste à accroître la motivation. Idéalement, l'expérimentation devrait, dans l'avenir, faire intervenir de puissants stimulants afin d'inciter les sujets participants à se conformer davantage au protocole de recherche. Mais, ironiquement, l'expérience idéale sera probablement faussée d'une autre manière. La législation contre le tabac et la diffusion de renseignements sur ses méfaits inciteront la population dans son ensemble à moins fumer, notamment parce qu'il y aura moins d'endroits où il est permis ou socialement acceptable de le faire. Cela aura pour effet de modifier les caractéristiques du groupe témoin dans toute recherche future sur les avantages qu'il y a à cesser de fumer. Ce problème rappelle celui que j'ai signalé précédemment au sujet des études sur la prévention des maladies cardiaques par l'exercice physique. S'il est possible de constituer un groupe témoin suffisamment pur pour procéder à une expérience, alors il est préférable de renoncer à celle-ci. Le problème se posera chaque fois que l'éducation et la promotion en matière de santé marqueront des progrès alors que se déroule une vérification expérimentale. Les expériences doivent, de préférence, survenir au début plutôt qu'à la fin d'un processus évolutif. Par conséquent, nous devrons peut-être nous contenter de données moins rigoureuses que celles résultant de l'expérimentation. Dans ce domaine, le meilleur substitut de l'expérimentation est l'étude de l'*évolution* de la morbidité d'une population par rapport aux *changements* observés dans le mode de vie. (Le temps limité dont je dispose ne me permet pas d'expliquer pourquoi je considère qu'il s'agit là de la meilleure solution de rechange. Une étude de ce genre, portant sur le rapport entre l'évolution de la mortalité attribuable aux troubles coronaires et les changements observés au niveau du régime alimentaire et de la consommation de tabac, dans 20 pays développés, a produit des résultats fort intéressants (Byington et coll., 1979). Ainsi, le fléchissement des maladies coronaires serait lié à une diminution de la consommation de tabac et d'aliments gras et à une augmentation de la consommation de céréales et de légumes. Néanmoins, la corrélation est faible et ces facteurs expliquent moins de la moitié de la variation de la mortalité attribuable aux affections coronaires.

Compte tenu de ce qui précède, j'estime qu'il faudra encore beaucoup de travail avant de pouvoir porter un jugement définitif sur la mesure dans laquelle les changements dans le mode de vie pourront contribuer à prévenir les maladies cardiaques et le cancer. Il est permis d'entretenir un certain doute; mais le doute n'est-il pas le fondement de la science ? Étant donné que celui-ci a une connotation négative, permettez-moi de lui substituer le concept plus positif de souplesse et de donner un exemple. Nous avons cru pendant longtemps que l'excès de poids était l'une des causes des affections cardiaques et d'autres maladies chroniques. Cette croyance était bien fondée, à la lumière des données existantes; mais il s'agissait de données actuarielles, tirées pour la plupart d'études sur la mortalité des personnes assurées. Les personnes qui achètent de l'assurance-vie et qui sont acceptées par les assureurs ne sont pas exactement représentatives de l'ensemble de la population. Il n'est donc pas étonnant que les études de la population aient produit des résultats passablement différents en ce qui concerne le rapport entre l'obésité et la maladie. Des études récentes ont révélé que les taux de mortalité les plus faibles sont enregistrés par les personnes dont le poids est légèrement supérieur au poids « idéal » dérivé des tables actuarielles (Sorlie et coll., 1980). Dès qu'on s'écarte de ce « nouveau » poids idéal, les taux de mortalité augmentent. Il est donc indiqué d'avoir une conception plus souple du rapport entre le poids et la santé.

Je laisse maintenant la question du mode de vie pour aborder d'autres aspects de la recherche de la longévité et de la qualité de vie pour les personnes âgées.

Reprenons l'exemple des ampoules électriques. Si nous supposons une bonne surveillance de la qualité lors de la fabrication, nous pouvons alors affirmer que toutes les ampoules ont, au départ, des caractéristiques identiques. Il n'en est pas ainsi des êtres humains dont la création

comporte des aléas génétiques et prénataux auxquels il est difficile de remédier, d'un point de vue tant scientifique qu'éthique. Par ailleurs, les ampoules électriques sont non seulement identiques au début, mais elles subissent toutes plus ou moins le même traitement au cours de leur vie. Encore une fois, tel n'est pas le cas pour les êtres humains. En effet, les personnes âgées sont le produit d'une série d'expériences, bonnes et mauvaises, vécues depuis l'enfance. Celles-ci sont toutes susceptibles d'influer sur la morbidité et la mortalité. Par conséquent, il est peu probable que nous réussissions à réduire la morbidité et à prolonger la vie si nous ne nous attaquons pas aux événements défavorables qui jalonnent l'existence d'une personne.

Voici quelques exemples. En l'absence de prévention de la carie dentaire – de préférence par la fluoration de l'eau – nombre de personnes se retrouveront, à l'âge de la retraite, avec des dents en moins ou même plus aucune dent, ou encore avec des prothèses mal ajustées. Ces trois situations peuvent entraîner des problèmes de nutrition chez les personnes âgées. Il n'est pas facile de mâcher des aliments à haute teneur en fibres avec les gencives. Une mousse au chocolat est beaucoup plus agréable. Un autre exemple a trait à l'ouïe. La diminution de l'acuité auditive avec l'âge n'est pas entièrement attribuable à la détérioration physiologique de l'appareil auditif. Cette déficience est en partie la conséquence d'avoir passé plusieurs années dans un milieu de travail très bruyant ou d'avoir vécu une grande partie de sa vie en milieu urbain où l'intensité sonore est relativement élevée. J'avancerais également que la sénescence mentale des personnes âgées traduit, en partie, l'effet cumulatif d'un travail monotone qui a très peu stimulé la créativité et laissé peu de souvenirs exaltants une fois la vie active terminée. Bien sûr, je ne peux prouver cette hypothèse, mais il y aurait lieu d'en faire la vérification. Si les résultats étaient probants, ils contribueraient beaucoup à faire progresser nos recherches sur les moyens permettant de réduire la sénescence cognitive et émotive.

Je vais maintenant traiter, dans une perspective plus générale, de la façon dont la morbidité et la mortalité au cours de la vieillesse sont déterminées par les expériences vécues durant les premières années de la vie. Remontons à l'enfance, une période de grande vulnérabilité, notamment aux maladies infectieuses. Certains ont tendance à croire que l'enfant qui échappe à la mort suite à une maladie infectieuse se portera bien après coup, tout comme si rien ne s'était produit. Tel n'est pas nécessairement le cas. Les maladies infantiles peuvent avoir des séquelles métaboliques et immunologiques qui risquent à leur tour d'avoir des conséquences durables sur la santé et la vitalité. Jadis, on croyait que les maladies infantiles constituaient, en quelque sorte, un mécanisme de contrôle de la qualité. Suivant cette théorie, les êtres humains les plus faibles succombaient aux maladies infantiles alors que les individus plus robustes survivaient jusqu'à l'âge adulte. Il existe peu de données à l'appui d'une telle interprétation historique. Par contre, nous disposons de données plus concluantes à l'effet que ce serait un phénomène opposé qui aurait prévalu plus récemment (Kermack et coll., 1934; Jones, 1956; Légaré, 1966; Forsdahl, 1977). Un collègue et moi avons étudié cette question en examinant la mortalité chez les adultes dans diverses régions des États-Unis en fonction du taux de mortalité infantile dans les cohortes de naissances respectives (Buck et Simpson, 1982). Nous avons constaté que la mortalité attribuable à des troubles cardio-vasculaires et à certains types de cancer était plus élevée parmi les adultes qui avaient passé leur enfance dans une région marquée par une forte mortalité attribuable aux maladies infectieuses. La corrélation statistique observée a passé avec succès les tests effectués pour déceler les facteurs de distorsion possibles. Ces constatations m'ont ramenée à l'étude portant sur la mortalité attribuable aux troubles coronaires dans différents pays. Je me suis demandé dans quelle mesure le fait d'ajouter la mortalité infantile aux autres variables permettrait de mieux prédire les différences entre pays dans l'évolution des maladies cardiaques. Nous avons pu vérifier cette hypothèse en intégrant les données sur la mortalité infantile aux données sur les changements dans le mode de vie et la mortalité attribuable à la cardiopathie. Nous avons pu obtenir des données sur la mortalité infantile au début du siècle pour 14 des 20 pays. Les résultats se sont avérés très intéressants[2]. L'inclusion de la mortalité infantile aux autres variables liées au mode de vie a permis de prévoir de façon nettement plus juste l'évolution des maladies cardiaques tant chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats ne sont qu'indicatifs, mais ils renforcent ma conviction que les expériences vécues en bas âge influent sur la propension à contracter des maladies chroniques à un âge avancé. Peut-être faudrait-il nous comparer moins à des ampoules électriques et davantage à des arbres dont la configuration des anneaux concentriques en révèle les antécédents.

Dans cet exposé, je n'ai pas voulu assombrir les perspectives d'amélioration de la qualité et de la durée de la vie pour les personnes âgées. Je cherchais à faire valoir que cet objectif fort souhaitable ne pourra probablement pas être atteint par des raccourcis. Au contraire, le cheminement vers ce but risque d'être long; à mon avis, il commence dès la naissance. Une vie meilleure à un âge avancé est nécessairement le produit d'une vie meilleure durant l'enfance et l'âge adulte. Ce principe s'applique

autant aux caractéristiques personnelles qu'aux conditions du milieu. Une personne peut cesser de fumer à 60 ans, mais sa santé sera meilleure si elle cesse de fumer plus tôt, et meilleure encore si elle ne contracte jamais cette habitude. Un régime sain, quelle qu'en soit la nature, aura un effet d'autant plus bénéfique qu'il est adopté tôt dans la vie. De même, une amélioration des conditions de travail et de vie nous préservera beaucoup plus des ravages de la vieillesse si elle survient au début de notre vie.

La vie est, par définition, un processus en continuelle évolution. Pour en améliorer la durée et la qualité, il nous faudra être attentifs aux besoins des êtres humains tout au long de leur existence.

Discussion générale

Question : *Madeleine Blanchet a affirmé que la baisse de la mortalité n'a pas été assortie d'un accroissement du taux d'incapacité grave. Pouvez-vous commenter cette observation ?*

Réponse : Une étude réalisée par le Conseil des affaires sociales et de la famille du Québec, et fondée sur des données très récentes, a montré que les incapacités associées à une chute de la mortalité sont surtout très légères, et que les personnes atteintes n'ont pas besoin d'être confinées au lit ou de recourir à de l'aide de l'extérieur (autre que l'entraide). L'analyse portait sur tous les gens âgés de plus de 65 ans. Cette constatation est corroborée par des études réalisées à partir de données recueillies dans l'ensemble du Canada.

Question : *Serait-il utile d'établir une distinction entre les différents types de soins préventifs ?*

Réponse : Bon nombre de questions que nous avons soulevées ne relèvent pas du domaine de la responsabilité médicale. Ainsi, l'activité physique et l'adoption d'un régime de vie sain sont deux principes que peuvent observer les gens sans qu'il y ait nécessairement l'intervention d'un médecin. Si nous souhaitons nous retrouver plus tard avec une population âgée mieux portante, nous devons modifier les activités et comportements plus tôt dans la vie. L'argent utilisé pour atteindre cet objectif doit être considéré comme un transfert de fonds effectué d'une génération à l'autre, pour la promotion de la santé.

Une seconde stratégie pourrait être axée sur la prévention de la maladie plus tard dans la vie. Certains des problèmes évoqués par le Dr Buck pourraient être évités si le diagnostic était posé plus tôt. Un mauvais dépistage des troubles visuels, d'une déficience auditive et de problèmes avec les pieds, est à l'origine des incapacités les plus courantes dans la population âgée.

Il est question ici de deux catégories de problèmes qui nécessitent deux stratégies différentes : l'une qui est étrangère au domaine médical et qui exige l'adoption d'une approche communautaire; l'autre, qui suppose une réorientation de la mentalité du corps médical.

Question : *La prévention des affections chroniques chez les personnes âgées ne passerait-elle pas seulement par la promotion de la santé et la prévention de la maladie tôt dans la vie mais également par des changements dans l'environnement ?*

Réponse : L'une des stratégies consisterait par exemple à traiter l'ostéoporose par l'administration de suppléments de calcium et peut-être aussi par l'hormonothérapie. L'autre pourrait être orientée vers la prévention d'accidents qui provoquent des fractures de la hanche. Les deux stratégies sont plus directement axées sur le troisième âge comparativement au contrôle de l'hypertension qui se fait plus tôt dans la vie au moyen de la nutrition, stratégie à long terme. Mais il sera toujours difficile d'établir une distinction très nette entre promotion de la santé et prévention de la maladie par le traitement, d'une part, et les changements inhérents au milieu, d'autre part.

Question : *Comment encourager des activités axées sur la promotion de la santé ou la prévention primaire par le biais de changements dans le mode de vie ?*

Réponse : Nous avons parfois tendance à sous-estimer les transformations qui se produisent autour de nous. Aux États-Unis, par exemple, on est parvenu actuellement à mieux contrôler l'hypertension ainsi qu'à diminuer dans une certaine mesure la consommation de tabac. Dans le cas de l'hypertension, ce progrès peut être attribuable à des efforts d'éducation et à une augmentation des examens médicaux de contrôle. À l'heure actuelle, les médecins incitent les gens à surveiller leur pression sanguine, leur poids et leur alimentation. La télévision et la sensibilisation de masse sont peut-être à l'origine de la diminution du tabagisme. En outre, des mesures de prévention reconnues pour être très efficaces au cours de la jeunesse, par exemple, l'exercice qui contribue à accroître la densité osseuse, peuvent avoir un effet bénéfique lorsqu'on vieillit.

Question : *Avez-vous des remarques à faire sur les coûts et avantages des soins préventifs ?*

Réponse : La remarque selon laquelle il est préférable de faire subir aux gens des tests de dépistage de l'hypertension que de se retrouver avec des cas de crise cardiaque, était une conclusion un peu trop rapide. En effet, une étude détaillée de la question vient de paraître aux États-Unis – et elle présente de l'intérêt pour cette conférence sur le phénomène du vieillissement avec des ressources sanitaires limitées – et montre que les tests de dépistage de l'hypertension sont certainement plus onéreux que ne le sont les crises cardiaques qui peuvent survenir sans ce genre de test. Bien que cela ne semble pas évident au premier coup d'œil, le dépistage fait intervenir de très nombreuses personnes, produit un grand nombre de faux positifs, et nécessite une médication à vie lorsque le problème est bien diagnostiqué. Or, il est prouvé que les personnes à qui l'on prescrit un régime thérapeutique de longue durée ne le suivent pas scrupuleusement.

Le coût réel de la mise en œuvre d'un programme de dépistage de l'hypertension varie quelque peu, selon qu'il se déroule en milieu de travail, dans la collectivité, ou est pris en charge par le médecin. De toute évidence, il y a lieu de quantifier les coûts et les avantages avant d'adopter des programmes prophylactiques de grande envergure ou en fait, avant de quantifier les objectifs à atteindre dans une période donnée.

Question : *Notre réseau de soins de santé est généralement rigide. L'attribution de ressources semble dépendre davantage de l'influence de certains groupes d'intérêt que de priorités définies de façon rationnelle. Serait-il possible de retenir les indicateurs de la santé comme critère en vue de l'attribution de ressources ?*

Réponse : En fait, les efforts pourraient même débuter avant la naissance. On pourrait éliminer en partie les problèmes qui surviennent au cours de l'accouchement et les incapacités qui en découlent si les médecins n'étaient pas rémunérés selon un tarif quotidien dans les hôpitaux mais selon un régime plus approprié.

Dans l'état actuel des choses, les États-Unis sont le seul pays à avoir défini quelque 300 indicateurs de l'état de santé qui peuvent être directement rattachés aux besoins en soins de santé.

Si, par exemple, une association d'hôpitaux du Québec décidait que la mort prématurée consécutive à des accidents de la route vient en tête de liste des problèmes, les efforts peuvent être orientés dans ce sens.

Ainsi, il importe que nous établissions des liens entre les indicateurs de la santé, les restrictions sur le plan de l'activité physique et le réseau traditionnel de soins de santé et, dans un même ordre d'idée, que nous affections des ressources pour faire en sorte que les gens retrouvent la santé.

Nous devons cependant être conscients du fait que dans la majorité des cas, les soins prophylactiques n'ont rien de très séduisant. On pourrait citer à titre d'exemple la prévention de l'arthrite qui fait appel à des stratégies de promotion de la santé axées sur la population d'âge moyen.

Tout ce débat me fait penser au livre *Patient Beware: Dealing with Doctors and Other Dilemmas*, dans lequel Cynthia Carver implore les médecins de prendre le temps d'enseigner à leurs patients à veiller à leur propre santé. Par ailleurs, comme on l'a souligné plus tôt, il y a un problème imminent d'un surplus de médecins. Si nous parvenons à surmonter cela, nous devrions nous réjouir de ce que les médecins auront amplement le temps à consacrer à leurs malades.

6 Définir des objectifs mesurables pour le contrôle des coûts des soins de santé

Monique Jérôme-Forget

Toutes les sociétés occidentales traversent une période d'autocritique et de réévaluation minutieuse de leurs systèmes de soins de santé. Pour la plupart, il s'agit d'une conséquence inévitable de la flambée des coûts. Je crois, toutefois que d'autres facteurs sont en jeu ici, des facteurs qui, à long terme, pourraient avoir une incidence encore plus marquée sur les besoins de la société en soins de santé.

Nos dépenses au titre des soins de santé, comme d'ailleurs celles de n'importe quelle société, sont fonction de la richesse globale de la société ainsi que des attentes et des connaissances de la population dans ce domaine. Si les Canadiens s'interrogent actuellement sur l'importance des ressources affectées aux soins de santé, c'est qu'ils sont bien mieux renseignés qu'ils ne l'étaient auparavant. Les consommateurs de soins de santé, comme tous les consommateurs, considèrent qu'ils ont le droit d'évaluer, de douter, de critiquer et, enfin, de choisir.

Durant les années 60, on a consolidé l'État-providence et on a mis en place de nouveaux programmes assurant une protection universelle. La prospérité économique de cette époque permettait aux responsables publics et autres d'éluder les choix difficiles auxquels doivent aujourd'hui faire face leurs successeurs. On injectait des sommes considérables dans le système sans se soucier de savoir si cela avait des effets sur l'état de santé général. La seule justification qu'on considérât valable, en effet, tenait à la nécessité d'adopter des programmes à caractère universel afin de ne pas pointer du doigt les personnes moins fortunées, ainsi qu'à la réalisation d'un consensus autour de ce projet, l'appui de la classe moyenne étant particulièrement recherché – de cette classe qui, en dernière analyse, a probablement bénéficié le plus des programmes universels.

Aujourd'hui, le discours a changé. On ne parle plus d'élargir l'accès au système mais d'en contrôler les coûts. Ce ne sont plus le choix et le caractère équitable ou non des modes de prestation des services qui sont au centre des débats mais plutôt l'accroissement de leur efficacité. Je crains bien que cela ne nous amène, dans 10 ou 20 ans, à considérer les années 80 comme une période où pullulaient les prophéties pessimistes, tirant sans doute leur inspiration de la dernière récession.

Peut-être l'unique héritage positif de la présente décennie est-il l'instinct de survie que nous a tous insufflé la récession et qui a fait de nous des consommateurs avertis, prudents et critiques de biens privés et publics.

Toutefois, notre façon de nous exprimer peut être dangereuse parce qu'elle peut nous faire « jeter le bébé avec l'eau du bain ». Heureusement, notre système de soins de santé a l'appui général bien que son état actuel suscite parfois des critiques. À maintes reprises les Canadiens ont affirmé qu'ils appuyaient pleinement les régimes d'assurance-santé, comme en témoignent des enquêtes dans lesquelles au moins 90 % des répondants ont exprimé leur approbation.

Si les Canadiens veulent encore un système universel, rien ne les empêche cependant de vouloir l'améliorer, et c'est pour cette raison que ce même public s'interroge sur de nombreux aspects du système de soins de santé et manifeste enfin un intérêt réel pour l'évolution à long terme des régimes conçus avec tant d'imagination au cours des années 60.

N'oublions pas que c'est à cette époque que les gens ont été sensibilisés pour la première fois à la nécessité d'assumer activement la responsabilité de leur propre état de santé. La formule proposée alors mettait l'accent sur la prévention de la maladie et la nécessité d'adopter un mode de vie sain.

Le public remet maintenant en question certains dogmes généraux qui sous-tendent la médecine traditionnelle. Différentes thérapeutiques comme la chiropractie, l'acuponcture et la bioénergie sont maintenant de plus en plus reconnues et viennent concurrencer la médecine traditionnelle.

Les leçons d'autonomie des années 60 et 70 ont produit une nouvelle génération de citoyens qui veillent à leur santé et sont très bien renseignés sur les conséquences de la consommation de tabac, des mauvaises habitudes alimentaires et d'une vie sédentaire. Il en a résulté

un nouveau mode de vie qui est devenu une seconde nature pour une partie importante de la population et qui sera vraisemblablement le principal facteur déterminant de notre état de santé général d'ici l'an 2000.

Pressions sur le système de santé

Le vieillissement

À l'heure actuelle, notre système de soins de santé est menacé par un certain nombre de facteurs bien connus dont le principal, celui dont on parle le plus, est le vieillissement. De nos jours, les effets des prévisions démographiques sur les coûts du système de soins de santé suscitent une spéculation intense. Suivant les hypothèses retenues, et signalons qu'elles évoquent toutes des scénarios très difficiles à évaluer avec un minimum de précision, les études révèlent qu'en l'an 2021, la proportion de la population canadienne âgée de plus de 65 ans variera entre 16 et 20 %. Les prévisions sont encore plus pessimistes lorsque la proportion de personnes très âgées (celles de plus de 75 ans) est prise en considération.

Angus (1984) estime que, parce que les dépenses en soins de santé attribuables aux personnes âgées sont environ trois fois celles des jeunes, les coûts futurs des soins de santé devraient augmenter en conséquence. Angus se fonde, par exemple, sur une étude du Conseil économique du Canada (1982) qui révèle qu'en 1977, 7 % des jeunes de 5 à 15 ans qui ont été hospitalisés ont séjourné en moyenne cinq jours à l'hôpital tandis que 28 % des personnes âgées (de 65 à 74 ans) y sont restées en moyenne 18 jours. Le groupe de 65 ans et plus, soit 9 % de la population, représentait 40 % du nombre total de jours-personnes d'hospitalisation. Les personnes âgées de moins de 25 ans, soit plus de 40 % de la population, représentaient seulement 20 % environ du nombre total de jours d'hospitalisation. Les personnes très âgées devraient être une autre source d'inquiétude parce que ce groupe est le plus touché par les maladies chroniques.

Certains soutiennent également que le nombre de personnes âgées croîtra vraisemblablement de 2,4 à 6,4 millions d'ici l'an 2031, ce qui fera varier en conséquence le ratio de dépendance. En 2031, le ratio de dépendance des personnes âgées (le nombre de personnes de 65 ans et plus par 1 000 cotisants âgés de 18 à 64 ans) sera plus que le double de ce qu'il était en 1981, passant de 14,8 à 36,4, tandis que le ratio de dépendance des jeunes (de 0 à 17 ans) tombera de 44,2 à 27,5, principalement à cause des faibles taux de natalité prévus (Statistique Canada, 1978).

Dans l'étude de Gross-Schwenger (1981), les auteurs supposent aussi que l'augmentation du ratio de dépendance des personnes âgées fera plus que doubler la demande de ressources sanitaires attribuables à ce groupe. Dans la perspective d'un maintien des tendances actuelles, ces prévisions sont indiscutables. Toutefois, certaines hypothèses admises sont très contestables.

En premier lieu, il est supposé que le taux de natalité demeurera aussi faible qu'il l'est à l'heure actuelle. Cette hypothèse est raisonnable si les tendances antérieures et actuelles persistent. Les femmes sont entrées sur le marché du travail, ce qui leur procure l'autonomie financière et la reconnaissance sociale, et il est peu probable que le phénomène soit renversé. Par ailleurs, notre système de valeurs se transforme. Le « fardeau » (si vous me permettez l'emploi de ce terme) traditionnel lié au fait d'élever des enfants n'incombe plus uniquement aux femmes. Ce rôle n'est qu'une des nombreuses responsabilités qu'assument les femmes.

D'après les données, il est de plus en plus évident qu'une révolution culturelle a transformé notre conception de la structure culturelle familiale à biens des égards. De nos jours, nous voyons d'une manière très positive et très constructive le rôle parental accru du père. Ce changement sociologique transparaît même dans notre vocabulaire où l'expression « congé de maternité » fait de plus en plus place à celle de « congé parental ». Cette nouvelle terminologie n'est pas purement symbolique puisqu'un nombre croissant d'hommes demandent un congé parental. En outre, les hommes cherchent davantage à défendre publiquement leurs droits de paternité. Par exemple, la moitié des hommes demandent la garde de leurs enfants après le divorce. La conséquence la plus intéressante de ce changement culturel est que nos propres enfants seront peut-être beaucoup plus disposés à élever des enfants parce que la responsabilité sera partagée par les deux parents.

L'immigration est un autre phénomène qui tend à infirmer l'hypothèse d'un bouleversement de l'équilibre démographique causé par le vieillissement. Le Canada est doté d'abondantes ressources qui permettent à ses citoyens d'avoir un niveau de vie parmi les plus élevés au monde. Or, nous semblons oublier que les richesses dont nous tirons aujourd'hui une si grande fierté sont en grande partie le produit des efforts des immigrants.

Récemment, le Canada a posé un geste humanitaire en ouvrant ses portes à des réfugiés vietnamiens et kampuchéens. J'ose supposer qu'aucun de ces « réfugiés de la mer » n'est aujourd'hui sans emploi, et j'ai récemment appris que leurs enfants étaient souvent des premiers de

classe. L'apport actuel et futur de ces immigrants à la richesse nationale est indéniable. L'immigration a aussi des répercussions manifestes sur les caractéristiques démographiques et la structure par âge de la population.

J'aimerais également formuler quelques observations sur d'autres aspects du vieillissement.

Examinons d'abord les nouveaux modes de vie de nos concitoyens âgés. Le bilan des coûts des soins de santé révèle que la plupart des dépenses ont lieu à la fin de notre vie, habituellement dans les mois qui précèdent le décès. Dans une étude, Scitovsky (1984) a montré que 30 % des dépenses totales en soins de santé sont faites dans les 30 derniers jours de la vie, 46 % dans les 60 derniers et 77 % dans les six derniers mois. De toute évidence, mourir coûte cher.

Ces statistiques peuvent sembler déraisonnables et donner l'impression d'une mauvaise planification. En outre, certains pourront se servir de ces statistiques pour faire des extrapolations les amenant à conclure que le coût élevé des derniers jours de la vie augmentera en conséquence du vieillissement et du prolongement de la dernière étape de la vie, ce qui fera augmenter les dépenses en soins de santé. Je crois plutôt que notre mode de vie a changé à tel point que nous considérons le vieillissement dans une toute autre perspective.

Prenons d'abord la question de l'institutionnalisation. Le Canada a été l'un des pays où la proportion de personnes âgées vivant dans des établissements était parmi les plus élevées en Occident. Les attentes et les croyances liées à l'institutionnalisation étaient inhérentes à notre culture et il était courant pour les personnes âgées de 50 ans de réserver une place dans un établissement pour personnes âgées en prévision de la retraite à 65 ans. Quand leur vie active avait pris fin, on considérait les personnes âgées comme inutiles pour la société et on leur faisait certainement sentir qu'elles l'étaient; il ne restait plus qu'à attendre patiemment la mort. Pourtant, qui de nos jours pense que 65 ans est un âge raisonnable pour songer à se retirer définitivement du monde ?

L'âge de 65 ans n'est plus forcément le moment de la retraite. La Charte des droits garantit maintenant à chacun le droit de travailler aussi longtemps qu'il s'en croit capable. Un autre facteur important est la technologie qui a obligé certains travailleurs à commencer une nouvelle carrière au milieu de la cinquantaine. Ce phénomène s'est accentué davantage au moment de la dernière récession, quand il est devenu très intéressant pour certaines sociétés industrielles d'offrir des programmes de retraite anticipée.

Il n'y a plus d'âge fixe pour la retraite; il existe plutôt un très grand nombre de personnes qui se lancent dans une deuxième ou une troisième carrière et enrichissent leur vie d'une foule d'expériences nouvelles. Cette transformation complète du concept traditionnel de vie professionnelle et la diversification de la carrière qui l'accompagne auront un effet certain sur l'âge de la retraite. Cette maîtrise nouvellement acquise sur une période importante de la vie est une source de fierté et d'autonomie pour les personnes jadis considérées dépendantes. Ces personnes sont maintenant encouragées à rester dans leur milieu et à être indépendantes aussi longtemps que possible, peut-être jusqu'à la mort.

Je laisse maintenant de côté les changements culturels fondamentaux et le fait que la société perçoive différemment le vieillissement, pour examiner la question du mode de vie et de son incidence sur la morbidité. Fries (1980) a construit un modèle qui suppose une diminution progressive de la morbidité entraînant la rectangularisation de la courbe de survie. Selon cette théorie, les affections et les maladies chroniques apparaîtront plus tard. La valorisation de la bonne santé a incité la société à se préoccuper de sa santé et accenté le besoin de faire plus d'exercice, de se nourrir plus sainement et de ne pas fumer. Cette sensibilisation à l'état de santé a modifié toutes nos vies et entraîné un remaniement complet de nos priorités. Certains d'entre nous conservent une attitude passive à l'égard des soins de santé, mais le mode de vie que cela suppose n'est plus jugé acceptable.

Un rôle plus actif est désormais indiqué. L'éducation fait de nous des consommateurs plus exigeants et aiguise notre esprit critique. Notre respect traditionnel de l'autorité incontestable du médecin a été remplacé par une attitude plus critique à l'égard du système de soins de santé.

Un exemple notable est l'intérêt récemment suscité par les problèmes propres aux femmes, notamment l'ostéoporose qui survient après la ménopause. La littérature médicale renfermait et renferme encore d'innombrables cas documentés faisant état du pourcentage de femmes ayant subi des fractures en raison d'une carence en calcium consécutive à l'ostéoporose. Pourtant, ce problème médical n'a guère été étudié; la médecine considérait plutôt la ménopause comme un phénomène purement psychologique, un « déséquilibre émotif » causé par les tiraillements que subissent les femmes dont les instincts maternels persistent. De nos jours, toutefois, les femmes ne craignent plus de discuter de la ménopause et elles ont commencé à obliger les médecins à se pencher sur le problème.

Le déplacement de l'attention des jeunes vers les moins jeunes est une autre indication des changements que notre milieu nous oblige à apporter à notre ordre de priorité. Il va sans dire que le vieillissement accentuera les pressions qui s'exercent sur le système. Bien que ces pressions puissent faire croître la demande de ressources, il importera davantage de réorienter ces dernières.

La technologie : un avantage et un inconvénient

Les dernières années ont été marquées par la mise au point de techniques nouvelles, parfois révolutionnaires, et le secteur des soins de santé ne fait pas exception. Le génie biomédical est indéniablement une discipline d'avenir dont les découvertes spectaculaires nous sont régulièrement montrées à la télévision. Certaines sont tellement extraordinaires qu'elles défrayent la chronique pendant des mois. La tentation est de réprouver des projets trop coûteux ou de leur accorder un appui inconditionnel. Encore une fois, j'estime que la solution au dilemme réside probablement dans un juste milieu entre ces deux extrêmes. Les techniques doivent être mises à profit et perfectionnées, mais leur utilisation doit être contrôlée au moyen de solides programmes d'évaluation.

Bien que l'on tente souvent de faire accepter la technologie en faisant valoir son apport à la diminution des coûts des soins de santé, l'expérience montre qu'elle a plutôt contribué à une hausse rapide des coûts. Néanmoins, il est impensable de retourner à des pratiques médicales inconciliables avec notre monde moderne. Nous avons accepté la médecine hautement spécialisée parce que nous avons également accepté le progrès technologique dans nos vies personnelles et professionnelles. Les greffes d'organes révèlent l'éventail de problèmes que peut entraîner l'adoption de nouvelles techniques dans le domaine des soins de santé.

Quels sont les coûts et les avantages des nouvelles techniques ?

Les arguments invoqués par ceux qui s'opposent aux techniques nouvelles sont de deux ordres : i) elles coûtent trop cher et il existe d'autres solutions – la médecine préventive, par exemple – qui pourraient donner des résultats nettement supérieurs, à long terme, à ceux que procurent ces techniques; ii) la technologie ne contribue pas toujours à améliorer la santé, elle n'est souvent qu'un stimulant intellectuel pour les professionnels de la santé. Nous engloutissons des sommes considérables dans le progrès technologique sans pouvoir déterminer s'il a des effets positifs sur la santé des gens.

Ces nouvelles techniques sont vigoureusement et systématiquement mises de l'avant au moyen des méthodes de mise en marché les plus modernes. On privilégie certains traitements sans avoir de preuves incontestables qu'ils produisent des résultats supérieurs. Il n'existe à peu près pas d'évaluations précises des résultats cliniques, de sorte que les responsables ont de moins en moins de données qui leur permettraient de décider s'ils doivent promouvoir ou rejeter les nouvelles techniques.

Ces choix sont d'autant plus difficiles, que la médecine vise à préserver ou à prolonger la vie humaine, et ce, à n'importe quel prix. On peut évidemment souscrire à cet idéal, mais on peut parfois s'étonner de constater qu'il se produit un revirement complet des valeurs lorsqu'il y va de l'intérêt personnel.

Si l'on maintient qu'il faut effectuer, ou du moins de tenter d'effectuer, une analyse de rentabilité, il ne faut pas se fermer les yeux et refuser de reconnaître les avantages que peuvent éventuellement engendrer certaines technologies. Comme je l'ai mentionné plus tôt, lorsqu'ont été réalisées les premières transplantations, plusieurs jugeaient qu'elles étaient trop coûteuses ou contestaient leur valeur médicale ou éthique. Or, les choses ont évolué un peu depuis, et certaines des études consacrées à ces questions indiquent que certains types de transplantations coûtent moins cher que les traitements traditionnels, et je ne fais même pas allusion ici à la qualité de vie dont jouit le patient après l'opération.

Par exemple, il est moins coûteux d'effectuer une greffe du rein que de soumettre le patient à un traitement dialytique qui se poursuivra durant plusieurs années. De plus, grâce au nouvel organe, le patient est complètement mobile et autonome. Il peut jouir d'un mode de vie qui est de beaucoup supérieur à celui qu'il aurait s'il lui fallait se rendre à une clinique deux fois par semaine pour son traitement dialytique. En d'autres termes, l'étude de rentabilité doit tenir compte d'autres valeurs et avantages qui ont une grande importance dans notre société.

Roger W. Evans (1985) a établi un certain nombre de comparaisons d'où on peut tirer des conclusions qui s'imposent à l'évidence. La greffe du rein coûte entre 25 000 et 45 000 dollars aux États-Unis, mais il ne faut pas oublier que les soins donnés à un malade atteint du SIDA peuvent coûter jusqu'à 60 000 dollars, tandis qu'il en coûtera au moins 50 000 dollars pour soigner un patient qui se meurt d'un cancer.

Ces coûts sont-ils raisonnables ? Correspondent-ils à une éthique ou à des valeurs morales reconnues de tous ? Pour ma part, je maintiens que les sommes affectées aux

nouvelles technologies dépendent de la richesse d'un pays : plus on est riche, plus on sera disposé à mettre au point et à mettre en place des techniques nouvelles. Bien sûr, cela n'empêche pas de mettre en doute certains choix. Ainsi, je n'hésiterais pas à contester le fait que, les États-Unis, le pays le plus riche au monde, dépensent des milliards de dollars pour des technologies nouvelles mais acceptent encore que 25 millions d'Américains ne soient pas protégés par un régime d'assurance-santé quelconque.

Les contraintes budgétaires : comment distinguer la réalité de la fiction ?

Ces dernières années, de nombreux gouvernements se sont dits inquiets face aux distorsions apparentes qui caractérisent la répartition des ressources entre divers programmes sociaux. Aux yeux de beaucoup de gens, on ne peut plus se permettre de financer ces programmes très précieux, du fait que les pouvoirs publics – notamment au Canada – sont incapables de contrôler les dépenses consacrées à ces programmes, ce qui a donné naissance à des déficits structurels qu'il est impossible de résorber. Un certain nombre d'organismes prestigieux estiment que la situation est catastrophique, et certains croient même que la survie de notre société est menacée. Par exemple, les sommes que le Canada consacre chaque année au service de sa dette sont supérieures aux dépenses en services de santé, y compris celles du gouvernement fédéral et des provinces. Le problème de l'endettement est plus critique au Canada que dans tout autre pays, sauf l'Italie.

Mais, les dépenses de santé au Canada sont-elles vraiment si incontrôlables qu'il nous sera éventuellement impossible de maintenir les services auxquels nous sommes habitués ? Je réponds carrément non, pour les raisons suivantes.

Premièrement, comparons le Canada aux autres pays de l'OCDE du point de vue de la part du PNB consacrée aux soins de santé. On constate que cette proportion s'établit à 10,8 % pour les États-Unis, 9,6 % pour la Suède, 9,3 % pour la France et 8,8 % pour les Pays-Bas. Viennent ensuite le Canada (8,4 %), l'Irlande (8,2 %), l'Allemagne fédérale (7,8 %), l'Australie (7,5 %), le Japon (6,7 %), le Danemark (6,6 %) et le Royaume-Uni (5,7 %) [OCDE, 1985].

Comme on le voit, le Canada n'agit pas autrement que les autres pays et ses dépenses en soins de santé n'ont rien d'anormal. Ces dépenses ont fortement augmenté depuis les années 60, passant de 5,5 % à 8,4 % du PNB entre 1960 et 1983.

Cette hausse pourrait laisser croire que les dépenses se sont accrues de façon imprévisible. Je maintiens, cependant, que les Canadiens ont délibérément choisi de consacrer une part croissante de leur patrimoine au secteur de la santé parce qu'ils accordent à celle-ci une plus grande priorité qu'à d'autres biens. Comparons, si vous le voulez, les dépenses personnelles des Canadiens pour d'autres biens. Leurs achats d'aliments et de boissons alcoolisées, qui représentaient 16,5 % du PNB en 1950, n'étaient plus que de 10,5 % en 1984. Au cours de la même période, les autres dépenses allaient cependant en sens inverse : les hausses étaient de 8,3 à 11,7 % (1985) pour le logement, de 7,1 à 9,5 % (1984) pour le transport, de 3,9 à 7,7 % pour les loisirs et l'éducation, et, enfin, de 3,1 à 5,5 % pour les soins médicaux.

À mon avis, ces chiffres sont la preuve éclatante que les gens consacrent une plus grande part de leur revenu à l'achat de services lorsqu'ils sont moins sollicités par des besoins plus fondamentaux. Ils corroborent également l'affirmation de Solange Saudier (1983), pour qui les crédits consacrés aux programmes sociaux, et particulièrement aux soins de santé, reflètent la richesse d'un pays.

Bien que la tendance qui se dégage de ces données pour le Canada soit assez semblable à celle qui se manifeste ailleurs, on constate cependant qu'il s'effectue des efforts systématiques pour plafonner les dépenses en soins de santé. Les pays de l'OCDE ont essayé diverses formules pour y parvenir et pour amener les consommateurs des soins de santé à faire preuve de plus de responsabilité financière.

Dans certains pays, on a opté pour la formule du « ticket modérateur » (*user fee*); ailleurs on a adopté celles des budgets globaux ou des listes de médicaments. On a limité le nombre de candidats à la formation médicale et il se trouve dans certains pays des médecins qualifiés qui n'ont aucune chance d'exercer leur profession.

Pourquoi, cette réévaluation soudaine ? Serions-nous devenus trop pauvres pour financer nos programmes ? Je crois plutôt qu'une nouvelle idéologie nous a envahis et que nous sommes désormais plus prudents du fait que nous sommes devenus des consommateurs mieux informés.

Comme je l'ai mentionné plus haut, tous les pays de l'OCDE font de réels efforts pour réduire la part de leurs ressources qui est affectée aux services de santé. Nous devenons de plus en plus conscients du fait que les dépenses pour la santé ne se traduisent pas forcément par une amélioration de l'état de santé de la population. Il

serait très difficile de démontrer que les Américains sont en meilleure santé que les Allemands, les Danois, les Canadiens ou les Britanniques. Autrement dit, bien que la part du PNB que les Américains réservent pour les services de santé soit près de deux fois plus élevée que celle de la Grande-Bretagne, nos voisins ne sont pas deux fois plus sains de corps que leurs cousins d'outre-Atlantique.

Les grands efforts déployés au cours des années 60 pour assurer à tous un accès égal aux soins de santé n'ont pas produit le résultat espéré. On voulait garantir que cet accès ne serait entravé par aucune considération liée au revenu, mais il reste que l'espérance de vie des Canadiens varie selon la région où ils vivent et selon leur revenu. Dans l'ensemble, on le sait, les autochtones vivent près de 10 ans de moins que le Canadien « moyen ». La remise en question qui est en cours dans tous les pays tient aux préoccupations croissantes pour l'état de santé de la population.

Les coûts du système

Dans la mise au point des systèmes de soins de santé, qu'ils soient financés par l'État ou par le secteur privé, on a généralement voulu supprimer l'obstacle que pouvaient représenter pour les patients les prix des services reçus. On a également minimisé le coût des contraintes qui pouvaient peser sur les professionnels de la santé. Comme c'est un tiers qui défraie le coût – l'État, une caisse d'aide en cas de maladie ou une assurance –, le consommateur et le prestateur ne sont nullement incités à faire un emploi efficace et économique de ressources limitées. Rien n'encourage le consommateur à comparer les services et les prix offerts, et rien ne pousse le prestateur des services à en maximiser le rendement.

Ce système non coercitif a provoqué une escalade rapide des coûts, malgré les nombreux efforts déployés pour contrôler les dépenses de santé. Au Canada, nous avons mis au point des budgets globaux; au Québec, notamment, on a plafonné le revenu des spécialistes. D'autres pays ont appliqué des mesures différentes pour atteindre le même objectif. En Allemagne de l'Ouest, par exemple, on a cherché à rallier toutes les parties autour d'une stratégie de consensus visant à limiter et à contrôler la montée des dépenses grâce à l'accord de tous et à la mise en place d'un programme d'action concertée (Abel-Smith, 1985). Sans doute ces mesures sont-elles très louables, mais on a négligé de relier ces diverses interventions et techniques à la question de l'état de santé. Que le système soit financé de source publique ou privée, le prestateur des services dispose d'un contrôle total par rapport au consommateur, et c'est généralement lui qui met au point les stratégies de traitement, qui souvent sont d'une efficacité douteuse. Or, A. Maynard (1982), économiste britannique réputé pour sa vaste connaissance des organismes et règlements relatifs aux soins de santé, montre de façon très convaincante que les deux genres de système ont la vue courte et souvent ne justifient leur existence qu'à partir de quelques cas d'espèce.

Aujourd'hui, on est bien tenté de privatiser bon nombre de ces régimes financés par l'État en les déparant de plusieurs de leurs fonctions. Certains observateurs croient qu'une telle mesure mènera à une hausse des coûts, qu'elle aura l'effet d'un impôt frappant les personnes plus fortunées, de façon à atténuer les inégalités géographiques et sociales. Ces politiques pourront contribuer à comprimer les dépenses publiques et elles sembleront peut-être régler le problème du coût des soins de santé, mais en fait les coûts additionnels sont tout simplement répercutés sur le troisième payeur – la société d'assurance – sans qu'il ne se produise de changement notable dans le système lui-même.

Les critiques du système actuel sont de plus en plus nombreux à préconiser une réforme qui mènerait plutôt à la création d'un marché compétitif fondé sur les choix des consommateurs. Il existe un certain nombre de propositions en ce sens, la plus connue étant celle qu'a formulée Enthoven (1980) en faveur d'un système fondé sur la concurrence. D'après lui, on peut démontrer nettement que le coût d'une prestation de soins varie d'un État à l'autre, d'un hôpital à l'autre et d'un praticien à l'autre. Le problème vient, dit-il, de ce que nous n'évaluons à peu près jamais le procédé employé et que nous ne nous intéressons guère à son coût. Enthoven est un vigoureux partisan d'un système qui s'articulerait autour du principe de la concurrence plutôt que d'un ensemble de règlements.

Aux États-Unis, par exemple, la proportion de lits réservés aux séjours de courte durée par 1 000 personnes est passée de 3,6 à 4,5 % entre 1960 et 1975. Cette hausse contraste nettement avec l'augmentation enregistrée dans les organismes de promotion de la santé, *health maintenance organizations* (HMO), tels que Kaiser-Permanente, où la proportion de lits par 1 000 personnes est passée de 1,5 à 1,6 %. Enthoven utilise la loi des rendements marginaux décroissants, qui peut s'appliquer à la médecine. Au Canada, certains hôpitaux ont participé à des analyses comparatives des coûts et des avantages se rapportant à des diagnostics semblables. Ces études restreintes mais innovatrices ont révélé que les prix variaient beaucoup selon l'établissement et que les résultats ne justifiaient pas l'utilisation des services les plus coûteux.

Reste toutefois à savoir s'il serait possible de réduire les coûts pour accroître le rendement tout en améliorant l'état de santé. Certains pays de l'OCDE ont réduit de 1 à 2 % la part de leur PNB correspondant aux dépenses en services de santé, sans détérioration apparente sur le plan de l'état de santé.

La solution : un chemin critique

En 1975, le Canada est devenu un pionnier dans le monde par la publication d'un document controversé, le rapport Lalonde intitulé « Une nouvelle perspective de la santé des Canadiens ». Vu le syndrome de la médaille de bronze qui nous caractérise et nous rend trop modestes devant nos réussites, ce rapport a eu beaucoup moins de retentissement au Canada qu'ailleurs dans le monde. Ce rapport a incité un certain nombre de pays à établir des objectifs à long terme. Dès 1976, les États-Unis ont adhéré pleinement aux conclusions du rapport et progressivement fixé des objectifs à atteindre en l'an 2000. Il s'agit d'objectifs qui n'ont pas encore été atteints mais peuvent l'être si la volonté politique existe. Même si le Canada n'a pas élaboré de lignes de conduite claires destinées à atteindre certains objectifs en matière de santé, il a néanmoins mis au point des programmes dont certains ont mieux réussi que d'autres. Le programme « Participaction » a incité les Canadiens à améliorer leur condition physique et divers programmes de promotion de la santé les ont encouragés à veiller à leur état de santé. Ces efforts étaient louables et certains ont porté fruit, mais il manque encore un programme de coordination. Comparativement aux États-Unis, le Canada a encore beaucoup à faire sur le plan des efforts collectifs d'amélioration de l'état de santé. Il nous faut non seulement fixer des objectifs clairs et réalisables mais aussi élaborer des lignes de conduite précises permettant de rendre le système plus équitable.

Le fameux rapport Black, publié au Royaume-Uni et très controversé, a montré de façon probante qu'il y a un lien entre la santé et la situation économique, en dépit de l'universalité présumée du système de soins de santé. Cette conclusion s'applique également au Canada. Par ailleurs, l'espérance de vie des Canadiens varie de plus de 10 ans, encore une fois selon la situation financière et sociale. Une société développée comme celle du Canada devrait rejeter ces inégalités et déployer tous ses efforts pour garantir à tous les citoyens, dans la mesure du possible, des services comparables.

Il est clair que les planificateurs des soins de santé doivent, en raison de toutes les contraintes que nous venons de décrire, fixer des objectifs bien définis; un scénario pessimiste ne peut que nuire aux efforts déployés pour modifier la situation. Les pressions qui s'exercent doivent nous amener à réévaluer notre système actuel d'un œil critique et à affecter les ressources en fonction de nouveaux objectifs.

Le vieillissement ne pose peut-être pas un problème aussi grave qu'on le croit souvent, mais il exige néanmoins l'élaboration de nouvelles stratégies. Le jeu des forces du marché incite clairement les fournisseurs à offrir les services dont les consommateurs ont besoin. Pourtant, le nombre de gérontologues demeure insuffisant. Bien que la gérontologie suscite maintenant un intérêt beaucoup plus vif, sous l'angle tant des services que de la recherche, nous n'avons pas encore la volonté politique d'accorder l'importance voulue aux besoins des personnes âgées. Nous devons aussi examiner les efforts à déployer pour maintenir la santé. Il nous faut convaincre le public, par des moyens plus énergiques que ceux qui existent maintenant, de l'importance d'une meilleure condition physique, et prévoir une aide financière convenable pour les études épidémiologiques servant à montrer les relations causales. Nous avons augmenté les ressources afférentes aux services de santé sans bien connaître les coûts et les avantages. Pendant des années, nous avons soutenu qu'il était impossible de faire des analyses coûts-avantages d'une précision scientifique acceptable, ce qui nous a dispensés de faire les choix nécessaires. Les pressions qui se font sentir de nos jours nous obligeront à aborder le processus de planification avec plus de rigueur.

Les mêmes critères doivent être appliqués au progrès technologique. Certains adversaires de ce progrès prétendent que la technologie est la principale cause de l'augmentation récente des coûts des soins de santé. Des données probantes montrent que la technologie a effectivement contribué à une hausse marquée du coût global des soins de santé. Il y a toutefois un urgent besoin d'examiner les coûts et les avantages de nombreuses techniques de même que leur efficacité en termes de coûts. Tout programme d'analyse des tendances et des effets doit nécessairement renfermer des évaluations à court et à long terme.

Le principal danger qui menace les Canadiens est la complaisance face à l'avenir et le manque de volonté de perfectionner des réalisations spectaculaires, même si ces réalisations servent de modèle à de nombreux pays. Je profite donc de l'occasion pour proposer des mesures qui me semblent de la plus haute importance.

1 Fixer des objectifs clairs, pratiques et mesurables visant à améliorer l'état de santé des Canadiens d'ici l'an 2000.

2 Mettre au point un système d'information bien conçu qui fournira aux chercheurs comme aux travailleurs du domaine de la santé des indicateurs leur permettant d'améliorer leur rendement.

3 Faire faire des analyses efficacité-coût et des analyses coûts-avantages pour étayer les recommandations.

4 Modifier les stimulants que comporte le système actuel et qui limitent d'une part et favorisent d'autre part la consommation de services et mettre au point un autre système axé sur la prévention et les techniques efficaces en termes de coûts. La formule des HMO a beaucoup de caractéristiques souhaitables.

7 Les progrès de la technologie médicale

H. David Banta

Le vieillissement de la population des pays industrialisés est maintenant un phénomène bien connu, mais les tendances des maladies liées au vieillissement ne ressortent peut-être pas aussi clairement. Il est évident que les personnes âgées ont davantage de problèmes de santé. En général, il s'agit de maladies chroniques, de type dégénératif. Avec l'âge, l'anatomie et la physiologie du corps commencent à se dérégler. Il en résulte des affections telles que les maladies coronariennes, les cancers, l'arthrite, la cirrhose, l'incapacité rénale terminale et la sénilité. Les succès d'hier débouchent sur les problèmes de demain : dès qu'on réussit à prévenir ou à traiter efficacement une maladie, ceux qui en auraient été les victimes survivent jusqu'à un âge plus avancé. Il s'ensuit donc plus de maladies chroniques. Dans un avenir prévisible, cette tendance semble inéluctable. Les gens vivront plus longtemps, mais développeront des problèmes chroniques qui constitueront autant de défis pour le système de soins de santé[1].

En lui-même, le vieillissement de la population a pour effet d'accroître le coût des soins de santé, étant donné que les maladies qui résultent du vieillissement exigent des soins (U.S. Office of Technology Assessment [OTA], 1984*a*). Cependant, les intrants ont également changé au cours des 40 dernières années, et ils évolueront probablement encore plus dans l'avenir. Par intrant, j'entends, en particulier, la technologie. Pour les fins du présent exposé, je considère la technologie comme étant l'application d'un savoir organisé à des tâches particulières (Galbraith, 1977). La technologie de la santé comprend les médicaments, les appareils et dispositifs médicaux, les interventions chirurgicales et médicales, ainsi que les organisations et les systèmes de soutien par l'intermédiaire desquels les soins sont dispensés (OTA, 1978). Cependant, les organisations et les systèmes de soutien nécessitent un traitement assez différent et pourraient être considérés comme un élément important de la solution des problèmes d'ordre technologique. Pour cette raison, je m'en tiendrai ici à ce qu'on pourrait appeler la « technologie clinique ».

La prémisse la plus importante de mon exposé est que tôt ou tard le public s'opposera à toute nouvelle augmentation du coût des soins de santé. Naturellement, un accroissement des soins n'est possible que si l'on sacrifie autre chose. Comme les soins de santé grugent une part croissante du produit national brut (PNB) des pays industrialisés, certains d'entre eux ont commencé à prendre des mesures – apparemment avec l'appui du public – pour restreindre toute augmentation future. Ainsi, il semble y avoir un consensus social assez fort aux Pays-Bas pour limiter ces dépenses à 10 % du PNB. À la faveur de ce consensus, les autorités ont procédé à des changements de politique destinés à restreindre les coûts.

Perspective historique

On a souvent dit qu'un malade qui consultait un médecin n'a commencé à avoir une chance équitable de tirer avantage de cette démarche que vers 1900. On a peine à imaginer que la technologie de la santé s'est, à toute fin pratique, développée durant la vie des octogénaires actuels. Avant 1900, l'hygiène moderne était apparue, il y avait quelques médicaments efficaces et la chirurgie s'était passablement développée. Le diagnostic était la tâche principale de la médecine et les instruments de diagnostic tels que les rayons X et le stéthoscope avaient été mis au point au cours du XIX^{e} siècle. Pour le reste, la médecine avait peu à offrir (Banta et coll., 1981).

Néanmoins, des pressions s'étaient manifestées au cours du XIX^{e} siècle pour rendre les services de santé plus largement disponibles. Ces pressions étaient dues en partie aux progrès enregistrés dans les disciplines telles que la chirurgie. L'industrialisation, la plus grande scolarisation et la prospérité relative, de même que les pressions venant des mouvements ouvriers, ont conduit à une plus grande prise en charge des services de santé par l'État. La sécurité sociale est apparue en Allemagne en 1881 et les autres pays d'Europe ont adopté rapidement des formules semblables. L'identification des causes de certaines maladies, imputables à la découverte des microbes et à l'apparition de l'hygiène moderne, a contribué à atténuer la peur de l'hôpital et à favoriser la prestation des soins en établissement, en particulier dans les hôpitaux. L'intervention financière de l'État a permis une augmentation considérable du nombre de médecins et d'hôpitaux. L'hôpital est devenu le foyer des nouvelles techniques en voie de développement.

Depuis 1950, on a assisté à une véritable explosion des connaissances biomédicales. Ces progrès rapides sont reliés à l'essor des institutions publiques vouées au financement de la recherche dans le domaine de la santé et à la croissance remarquable des montants qui y ont été consacrés après la Deuxième Guerre mondiale. En particulier, la découverte de la structure de l'ADN a amorcé un bouleversement dans les techniques de diagnostic et de traitement. En même temps, les machines et l'électronique prenaient pied en médecine, d'abord avec l'automatisation et le perfectionnement des fonctions humaines, puis plus tard dans des applications à des tâches qui s'avéraient littéralement irréalisables auparavant. C'est peut-être le secteur du diagnostic qui s'est développé le plus rapidement, avec l'apparition du laboratoire clinique automatisé. Aujourd'hui, on peut faire des centaines de tests sur n'importe quel tissu ou liquide de l'organisme. Des dispositifs visuels comme la tomographie numérique ont envahi les départements de radiologie et ceux-ci traitent de plus en plus des données numériques – plutôt que des clichés sur pellicule – sur les diverses parties internes du corps. Les soins intensifs se sont améliorés au point que les patients les plus âgés, les plus malades et les plus frêles peuvent survivre aujourd'hui à une intervention chirurgicale passablement grave. Les machines qu'on met au point peuvent suppléer aux fonctions des organes défaillants et le corps humain peut être maintenu en vie presque indéfiniment. Des disciplines et des spécialités totalement nouvelles sont apparues.

Bien peu de ces techniques ont eu un effet radical sur l'état de santé. Plutôt, les investissements massifs en recherche biomédicale, les attentes considérables du public, ainsi que les généreux programmes d'indemnisation ont contribué à l'essor de ce qu'on a appelé une « technologie du mi-chemin » (Thomas, 1974). Ces techniques tentent de pallier les effets débilitants de certaines maladies contre l'évolution desquelles on ne peut pratiquement rien faire. Elles sont destinées à compenser la maladie ou à retarder la mort. Thomas cite à ce propos la transplantation du cœur, du rein, du foie et d'autres organes, ainsi que le développement – tout aussi spectaculaire – des organes artificiels. Cette technologie est appliquée à des maladies pour lesquelles on ne dispose pas de cure définitive : les maladies coronariennes, les accidents cérébraux-vasculaires, la plupart des cancers, la cirrhose, l'incapacité rénale terminale, l'emphysème, l'arthrite, l'asthme, la sénilité, la dépression, et ainsi de suite. Le problème, alors, n'est pas que la médecine n'ait rien à offrir contre ces maladies; c'est plutôt qu'il existe des techniques capables d'accroître le confort et la mobilité, de soulager la douleur, de réduire l'anxiété, et ainsi de suite – et que ces techniques s'avèrent souvent fort coûteuses.

À l'heure actuelle, une bonne partie de la pratique médicale est basée sur de vieilles méthodes, élaborées empiriquement, qui n'ont jamais fait l'objet de tests scientifiques. Graduellement, nombre de ces méthodes se révèlent inefficaces ou sont délogées par la nouvelle technologie. L'efficacité et la sûreté de ces techniques sont vérifiées de façon plus rigoureuse. Le combat actuel se situe donc entre l'ancienne et la nouvelle technologie, entre vieux médecins et jeunes médecins.

Malheureusement, il y a des pertes considérables. La nouvelle technologie n'est pas toujours correctement évaluée, et comme on connaît peu la valeur de l'ancienne, les deux peuvent continuer à coexister. Dans certains cas, des appareils aux avantages douteux en sont venus à être largement répandus. Le parti-pris en faveur de la médecine curative a mené à une sous-évaluation de l'importance que peut avoir la façon dont les soins sont dispensés. Des compétences diagnostiques se perdent en raison de la dépendance accrue envers les machines. La dimension rationnelle des appareils de diagnostic (ce qu'on pourrait appeler les fonctions du type « hémisphère gauche du cerveau ») est devenue si importante que l'intuition et les autres processus non rationnels sont en voie de perdre leur place. Et la capacité de prolonger la vie a quelque peu masqué la réalité que nous devons tous mourir un jour.

Il semble clair que la société n'a pas bien planifié l'intégration de la nouvelle technologie. Le grand succès des vaccins et des antibiotiques – dans une société déjà optimiste quant aux avantages de la technologie – a engendré une telle foi dans les techniques de pointe qu'il a été difficile de remettre en question leur valeur. Pourtant, durant les 40 dernières années, de nombreuses techniques se sont répandues pour se révéler par la suite n'avoir peu ou pas d'utilité. Des techniques dangereuses ont causé du tort à des millions de personnes. D'autres ont fait surgir de nouveaux problèmes sociaux, comme le maintien artificiel de la vie et l'avortement, auxquels nous n'étions pas adéquatement préparés (Banta et coll., 1981).

Le projet de technologie de la santé du STG

Le gouvernement néerlandais s'est attaqué aux questions soulevées par l'avenir des soins de santé au début des années 80. La conclusion générale à laquelle il en est arrivé est que l'avenir de la santé et des soins de santé doit être anticipé. On a mis en place une structure indépendante, le Comité directeur sur les scénarios de l'avenir en matière de santé, afin de coordonner les études sur la question. Des scénarios ont été élaborés sur divers sujets, comme le vieillissement, le style de vie, le cancer

et les maladies cardio-vasculaires. En 1984, le Comité directeur a décidé de s'intéresser de plus près à la technologie de la santé. En avril 1985, je suis devenu directeur de ce projet.

Le projet comporte deux volets. Le premier consiste à identifier les techniques du futur et à voir quelles méthodes existantes pourraient être employées pour surveiller le développement de ces techniques; il s'agit, en d'autres termes, d'établir un « système d'avertissement précoce ». Le second volet consiste à recueillir et analyser des données sur les conséquences éventuelles des techniques identifiées avant que leur application ne se soit répandue. Cet examen portera sur toute une série de techniques considérées comme hautement prioritaires. Le projet est donc conçu pour donner un aperçu de l'avenir de la technologie de la santé, mais également pour produire des données qui permettront de concevoir des actions susceptibles de hâter, de modifier ou de supprimer certains éléments de cet avenir.

Au cours de la première phase de l'étude, des opinions d'experts ont été recueillies. Une enquête quelque peu informelle a été effectuée à la fin de 1984 auprès d'un échantillon d'experts des États-Unis, au moyen d'une lettre invitant ceux-ci à soumettre des idées sur les applications prochaines de la technologie dans le domaine de la santé qui sont susceptibles d'avoir des conséquences cliniques, économiques ou morales, de modifier le milieu hospitalier ou encore d'avoir d'autres effets. Nous avons reçu une centaine de réponses utilisables. Celles-ci ont été colligées et nous en avons tiré une liste de technologies ainsi que des renseignements sur certaines d'entre elles. Un questionnaire a ensuite été adressé à des experts européens, accompagné dans la plupart des cas de la compilation des résultats de l'enquête faite aux États-Unis. Ce second sondage nous a permis d'allonger la liste des techniques inventoriées. Les données que je présente dans la suite du texte sur certaines techniques particulières proviennent en grande partie de cette compilation.

Quelques cas intéressants

Les greffes

Grâce aux progrès réalisés dans le domaine des immunosuppresseurs et dans la connaissance du fonctionnement du système immunitaire, le recours aux greffes devrait augmenter considérablement. Le taux de succès des greffes techniquement réalisables à l'heure actuelle, comme celles du foie et du rein, s'élèvera sensiblement. Les organes ou parties d'organes qui deviendront éventuellement greffables comprennent le tissu cervical, le pancréas, (ou une partie de celui-ci), les os, le petit intestin et les glandes endocrines. Ces greffes seront coûteuses mais leur fréquence sera restreinte par la disponibilité limitée des donneurs potentiels.

Les organes artificiels

Ceux-ci posent un problème beaucoup plus important sur le plan économique puisqu'il n'y a pas de limites à leur disponibilité. Déjà, des appareils compensent certaines fonctions telles que celles du rein (dialyse), des articulations et des dents. L'avènement des matériaux biologiques laisse entrevoir des progrès considérables dans ce domaine. D'autres candidats possibles pour le futur comprennent le cœur (présentement au stade expérimental), le pancréas, le foie, les vaisseaux sanguins, les substituts aux fonctions sanguines et la vessie. On voit immédiatement que la demande pour de tels organes pourrait être considérable dans une population vieillissante.

Ainsi, on estime que parmi les 800 000 Américains qui meurent chaque année de maladies cardiaques, 33 600 seraient candidats à un cœur artificiel fonctionnel et implantable. À l'origine, le coût de la fabrication et de l'implantation chirurgicale d'un tel appareil varierait entre 24 000 et 75 000 dollars par patient, auquel s'ajouteraient des déboursés annuels de 1 800 à 8 800 dollars. Ainsi, cette seule technique coûterait à la société américaine entre 1 et 3 milliards de dollars par année (Lubeck et Bunker, 1982).

Un autre bon exemple est le « pancréas artificiel » – pompe à insuline implantée qui est dotée d'une unité de contrôle de la glycémie servant à ajouter de l'insuline dans le sang quand le taux de sucre y augmente. Cette technologie n'est pas encore tout à fait au point mais elle devrait être disponible bientôt. L'avantage qu'elle présente est que certaines complications anatomiques du diabète pourraient vraisemblablement être évitées ou inversées en partie avec le maintien d'une glycémie proche des valeurs normales. L'incidence du diabète est de l'ordre de 2 à 4 % dans la population, de sorte qu'il y aurait environ 5 millions de diabétiques aux États-Unis. Le coût de cette technologie est inconnu mais une estimation de 5 000 dollars par année est probablement prudente. Elle pourrait donc coûter plus de 8 milliards de dollars à la société américaine si on l'utilisait éventuellement dans un tiers de tous les cas de diabète.

Les prothèses

On pourrait dire presque la même chose des prothèses, qui remplacent elles aussi des parties du corps humain.

Les prothèses deviendront beaucoup plus complexes et intégreront les progrès faits dans la technologie des matériaux, la régulation des réactions aux corps étrangers, les commandes informatisées et la miniaturisation, de même que dans les connaissances au sujet des mécanismes de contrôle des nerfs et des muscles ainsi que dans la dynamique du mouvement chez l'homme. Des aides sensorielles implantables pour la vision, l'ouïe et l'odorat deviendront sans doute réalité. Des troubles de la communication pourront vraisemblablement être traités par de tels dispositifs. Nous disposerons probablement de prothèses pour la régulation de la vessie, tout comme nous verrons apparaître des doigts artificiels pour les personnes atteintes d'arthrite grave.

Les anticorps monoclonaux

Les anticorps monoclonaux sont un exemple des progrès accomplis en biotechnologie. Il s'agit d'anticorps homogènes dérivés d'un clonage de cellules, ce qui en fait des identificateurs très spécifiques d'antigènes; ils ont un usage diagnostique, thérapeutique et exploratoire. Leur utilisation se généralise déjà mais elle sera encore plus étendue dans l'avenir. Ils contribueront à améliorer les méthodes de diagnostic, mais leur coût augmentera également. Avec l'accroissement du taux de certaines maladies, on procédera à davantage de tests diagnostiques.

Les diagnostics visuels

L'application des techniques visuelles en diagnostic est un autre développement spectaculaire qui se révèle coûteux, mais dont les avantages peuvent être difficiles à démontrer. La plus connue de ces méthodes, la tomographie numérique, a déjà révolutionné les départements de radiologie – qui sont en voie de devenir des départements « d'imageries médicales ». Aujourd'hui, l'exploration par résonnance magnétique nucléaire se répand rapidement et la plupart des experts estiment que cette technique viendra compléter mais non remplacer la tomographie numérique. D'autres méthodes visuelles déjà utilisées verront probablement se développer leurs applications, par exemple, la tomographie par émission de positons et les ultrasons. L'OTA (1981*b*) a estimé que la tomographie numérique, les diagnostics faits grâce aux techniques de la médecine nucléaire et les ultrasons ont coûté quelque 2,5 milliards de dollars aux États-Unis en 1981. Ce chiffre est aujourd'hui beaucoup plus élevé et va vraisemblablement augmenter encore.

Conclusions qui découlent de ces exemples

Nos capacités de diagnostic et de traitement augmenteront considérablement au cours des prochaines années. Cependant, peu de ces progrès auront un effet radical sur l'état de santé en général. Les efforts actuels sont surtout axés sur les méthodes de diagnostic et les moyens de pallier aux maladies chroniques. Une bonne partie des techniques qui en résulteront devront être utilisées de façon continuelle par les personnes concernées, c'est-à-dire tant qu'elles vivront, ce qui sera souvent très coûteux.

Dans l'ensemble, les techniques que nous avons répertoriées et les cas que nous venons de décrire indiquent clairement que le progrès technologique va se poursuivre et même s'accélérer au cours des prochaines décennies. Peu de ces techniques, cependant, apporteront une solution définitive. La plupart augmenteront de façon marginale l'efficacité du traitement de certaines affections, et beaucoup seront très coûteuses. Comment faut-il réagir devant cette situation ?

La solution au problème de la technologie

On a proposé plusieurs solutions à ce problème. L'une consisterait à encourager la prévention. Cependant, même s'il s'agit d'une bonne stratégie en soi, la prévention ne fera qu'augmenter les coûts globaux dans le domaine de la santé, parce qu'elle donnera lieu, éventuellement, à un accroissement de la population âgée. Une autre solution serait de rendre plus efficient le système de soins de santé. Cet objectif s'impose sûrement de lui-même, mais il ne résout pas le problème fondamental auquel nous sommes confrontés. Une fois le rendement amélioré, l'escalade des coûts reprendra. La possibilité d'apprendre aux gens à faire un usage raisonnable des services offerts – par exemple, à ne pas aller voir un médecin pour une simple infection des voies respiratoires supérieures – n'a pas été suffisamment explorée.

Une solution partielle au problème serait de faire systématiquement l'évaluation de la nouvelle technologie pour en orienter les applications (Banta et coll., 1981). À strictement parler, cela veut dire s'assurer qu'elle est sûre et efficace. Dans un sens plus large, cela pourrait également vouloir dire de vérifier si la société peut se permettre la technologie en question, ou encore si les avantages qu'elle comporte sont supérieurs aux coûts. Dans une perspective encore plus large, cela signifie de faire en sorte que les coûts sociaux de cette technologie ne soient pas trop élevés.

Enfin, une autre solution est de tenter de mettre au point un cadre de politique en matière de santé permettant de contrôler ou d'orienter le développement technologique (Banta et coll., 1981). Un tel cadre existe, sous une forme

ou sous une autre, dans tous les pays (Banta et Kemp, 1982). Le défi consiste donc à préciser ce cadre et à en renforcer les éléments susceptibles de servir à cette fin.

Un cadre de politique efficace en matière de santé

Les politiques gouvernementales axées sur la technologie peuvent être regroupées sous quatre thèmes : 1) la recherche et le développement (R&D); 2) la réglementation touchant l'efficacité et la sécurité; 3) l'acquisition et l'utilisation de la technologie médicale (incluant l'indemnisation pour les services); et 4) l'évaluation. L'évaluation sera abordée dans la section qui suit.

La recherche et le développement

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, les gouvernements des pays industrialisés se sont engagés à fond dans le financement des activités de R&D, dans tous les secteurs d'activité, après avoir constaté que le secteur privé ne réussissait pas à soutenir efficacement la recherche fondamentale. Par ailleurs, il faut dire que le secteur public n'apporte pas un appui très déterminant à la recherche appliquée et au développement technologique. En règle générale, ces activités sont financées par l'industrie, qui peut récupérer les fruits de ses efforts.

Au cours des dernières années, la recherche sociale, y compris la recherche portant sur les questions de santé, a pris plus d'importance. De nombreux pays ont accordé une priorité élevée aux activités de R&D dans le domaine de la santé (Banta et Kemp, 1982). Ces recherches tendent à être davantage orientées vers des objectifs pratiques; la recherche sur les services de santé progresse également, en raison du fait que le public finance la plupart des services médicaux par le biais de l'État, de sorte que ce dernier a la responsabilité de voir à ce que le système de prestation de soins soit efficace.

Aux États-Unis, le National Institute of Health est le principal bailleur de fonds dans le domaine de la recherche sur la santé. Dans la plupart des pays européens, un conseil de recherche médicale indépendant voit à distribuer les fonds de recherche, garantissant ainsi que les décisions en la matière ne seront pas influencées par des considérations politiques.

La plupart des observateurs estiment que la possibilité d'exercer un contrôle au niveau de la technologie en influant sur la recherche est limitée. La recherche fondamentale est, de par sa nature même, une activité incertaine visant d'abord à faire progresser les connaissances. Lorsque de nouvelles connaissances sont acquises on peut entreprendre des recherches appliquées ou s'efforcer de développer une technologie nouvelle. Tenter d'influer sur le cours de la recherche fondamentale peut être dangereux pour l'avenir des connaissances biomédicales.

Par ailleurs, la recherche appliquée et le développement technologique se pratiquent surtout dans le secteur privé et ces activités sont traitées de manière hautement confidentielles. L'État ne peut que difficilement intervenir dans ce secteur.

La réglementation des médicaments et des appareils médicaux en vue d'en garantir l'efficacité et la sécurité

Tous les pays industrialisés ont des programmes visant à réglementer les produits pharmaceutiques, du point de vue de l'efficacité et de la sécurité. Cette réglementation est apparue parce que, dans les pays capitalistes, le développement des médicaments est avant tout l'affaire de l'entreprise privée. Étant donné que l'industrie cherche avant tout à réaliser des profits, elle n'a pas été particulièrement préoccupée par les questions de sécurité dans le passé. Un certain nombre d'incidents – tel celui de la thalidomide à la fin des années 50 et au début des années 60, qui a entraîné la naissance d'un grand nombre de bébés infirmes – ont convaincu les gouvernements que les produits pharmaceutiques doivent être rigoureusement réglementés.

Les mécanismes de réglementation fonctionnent de façon semblable dans les différents pays (Banta et Kemp, 1982). Lorsqu'un fabricant a en main un produit qui a donné des résultats encourageants chez les animaux, il demande l'autorisation à l'organisme de réglementation de procéder à des essais sur des humains. Ces essais cliniques sont alors effectués, et si le produit se révèle efficace et sans danger, la compagnie demande au gouvernement l'autorisation de le commercialiser. Certains pays, comme la France et la Belgique, exigent que les nouveaux produits soient plus efficaces que ceux qui se trouvent déjà sur le marché avant d'en permettre la commercialisation.

Une fois le produit sur le marché, ces organismes ne s'en occupent plus beaucoup. Il existe des programmes de surveillance, en particulier pour déceler les effets nuisibles à long terme. Mais les organismes de réglementation s'intéressent assez peu à la façon dont le médicament est utilisé en pratique une fois qu'il a été approuvé. Dans une certaine mesure, c'est le régime d'indemnisation qui se charge de cette question.

Les appareils et dispositifs médicaux peuvent être réglementés de façon similaire, mais seulement quelques pays disposent de programmes distincts à cet effet, notamment les États-Unis et le Canada. Les États-Unis exigent que les nouveaux appareils reçoivent une autorisation quant à leur efficacité et leur sécurité avant d'être commercialisés, mais n'exigent pas des essais aussi rigoureux que dans le cas des produits pharmaceutiques. Le Canada dispose d'un programme de surveillance des nouveaux appareils et dispositifs après leur mise en marché, et il s'est donné le pouvoir d'exiger au besoin, le retrait d'un produit du marché. À l'heure actuelle, peu de pays réglementent directement les dispositifs et appareils médicaux, mais on remarque un intérêt grandissant à cet égard.

Ces programmes ne seraient que d'une utilité limitée pour aider à rationaliser le recours à la technologie dans le domaine de la santé. Ils ont été conçus pour répondre à un objectif différent, et s'en acquittent généralement fort bien. La réglementation sur les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux constitue un outil très puissant qui doit être utilisé avec prudence, à la fois pour permettre aux techniques valables de parvenir sur le marché le plus rapidement possible et pour empêcher la commercialisation de produits dangereux ou douteux. Essentiellement, ces programmes interviennent avant l'étape de la mise en marché, et il serait difficile de leur ajouter d'autres fonctions. Ils constituent donc un élément important du cadre de politique en matière de santé et pourraient dans de nombreux cas être renforcés, mais ils ne permettent pas d'aborder le problème qui nous concerne ici.

Les contrôles sur l'acquisition et l'utilisation de nouvelles technologies

La population des pays industrialisés bénéficie généralement d'un régime d'assurance-santé assez complet. Cela signifie que l'individu ne débourse généralement que très peu, ou même rien du tout, au moment où il reçoit le service. D'où une incitation à demander des services supplémentaires ou additionnels.

En raison de ce problème, des contraintes collectives sont apparues en regard de l'adoption et de l'utilisation de la technologie dans le domaine de la santé. Le phénomène est récent et ses effets sont encore largement méconnus. Les contraintes directes prennent la forme d'une interdiction d'adopter et d'utiliser une technique particulière, ou de prescriptions détaillées régissant son adoption. Les contraintes indirectes sont généralement d'ordre financier, agissant par le biais des tarifs en vigueur ou du budget autorisé. Ainsi, on décidera si oui ou non une technologie particulière sera admissible dans le régime d'indemnisation, et jusqu'à combien. Aux barèmes de remboursement peuvent également s'ajouter d'autres conditions – des directives quant à l'usage de la technologie en cause, par exemple.

Les gouvernements ont généralement marqué une préférence pour ces interventions directes, comme la réglementation de l'installation de certaines machines ou de certains services coûteux. Cette réglementation est souvent reliée au cadre de planification. De plus en plus, toutefois, les contraintes budgétaires sont perçues comme le mécanisme de contrôle le plus important. On reconnaît généralement que la rémunération des médecins à l'acte et le remboursement des frais hospitaliers sur la base d'un tarif quotidien encouragent l'utilisation des services et font monter les coûts. Il y a un mouvement général vers la budgétisation à priori, comme dans le cas de la formule des budgets hospitaliers globaux employée au Canada, ou du système Diagnosis Related Groups (DRG) utilisé aux États-Unis. Il y a également des initiatives visant à changer le mode de rétribution des médecins, mais celles-ci ne sont pas encore rendues à un stade aussi avancé.

Quoi qu'il en soit, les budgets ont très peu servi jusqu'à présent à orienter l'évolution de la technologie. Ainsi, les techniques nouvelles commandent généralement des tarifs élevés, même si peu de tentatives ont été faites jusqu'ici pour évaluer les coûts avant d'établir le barème de remboursement. Les tarifs peuvent être établis de façon à encourager l'usage de certains services au détriment d'autres services, mais ils reflètent généralement les éléments traditionnels de prestige au sein de la profession médicale (tarif élevé pour les chirurgiens, services de haute technologie commandant des tarifs plus élevés que les soins généraux). Comme on l'a déjà noté, les tarifs peuvent être jumelés à des lignes directrices précises. Ces possibilités seront examinées dans la section suivante.

L'évaluation de la technologie

L'évaluation vise ici à capter les nombreux effets d'une technologie médicale particulière, y compris ses avantages et ses risques, ses coûts et son incidence sociale au sens large (Banta et coll., 1981). L'évaluation technologique n'est pas une discipline, mais ceux qui la pratiquent ont en commun de vouloir influencer les politiques. On pourrait dire que si une évaluation a pour but d'infléchir la politique en matière de santé, il s'agit véritablement d'une évaluation technologique. Si elle est faite parce que cela constitue un sujet de recherche intéressant, alors il ne s'agit pas d'une évaluation technologique.

L'évaluation technologique, telle qu'elle s'est développée, a fait surgir un certain nombre de problèmes pratiques. Le domaine est nouveau, et peu d'évaluations de grande envergure ont été réalisées jusqu'à ce jour. Nombre de celles qui ont été effectuées sont de piètre qualité. Le plus grand problème est sans doute qu'elles surviennent tardivement dans le cycle d'une nouvelle technique : les décisions importantes ont déjà été prises en fonction d'autres critères tels que l'expérience personnelle ou le gain financier, quand ce n'est pas en désespoir de cause. Pour prétendre au succès, une évaluation doit être faite suffisamment tôt pour influencer la prise de décisions.

Jusqu'à très récemment, les seules évaluations menées de façon assez cohérente portaient sur les questions d'efficacité et de sécurité. Elles s'inscrivaient dans la volonté de la profession médicale d'améliorer la qualité des services (et répondaient aux besoins de l'industrie désireuse d'obtenir l'autorisation de commercialiser ses produits). Cette activité est très valable et a probablement pris de l'importance au cours des dernières années.

Cependant, ce type d'évaluations ne permet pas d'aborder le problème envisagé ici : l'augmentation des besoins face à des ressources limitées. En raison de la nature du problème, on a proposé de plus en plus souvent de recourir à des méthodes rigoureuses reliant l'efficacité et les coûts (OTA, 1980; Culyer et Horisberger, ed., 1982; Warner et Luce, 1982). Les deux principales méthodes préconisées sont l'analyse avantages-coûts et l'analyse coût-efficacité. L'usage de la première est contesté dans le domaine de la santé parce qu'elle exige que tous les coûts et avantages soient mesurés en termes financiers (en dollars). Cela implique, entre autres, d'attribuer une valeur monétaire à la vie humaine. Outre les conséquences que peut avoir une telle approche, les paramètres utilisés, comme l'apport à l'économie, donnent moins de valeur à la vie des personnes âgées et aux femmes qu'à celle des jeunes et des hommes d'âge mûr.

La technique la plus fréquemment employée dans le domaine de la santé est l'analyse coût-efficacité – qui indique le bénéfice retiré pour une dépense donnée. Le résultat peut être mesuré en années de vie gagnées pour un certain investissement, ou en fonction de l'accroissement de l'espérance de vie. Cette technique laisse aux autorités le soin de déterminer si l'avantage attendu en vaut le coût. De plus en plus, les avantages sont présentés selon un étalon de mesure global réunissant la mortalité, la morbidité et la qualité de la vie. La mesure la plus populaire est la Quality-adjusted life years (QALY), c'est-à-dire le nombre d'années de vie, rajusté pour la qualité. Un investissement donné donnera donc un résultat mesurable en QALY.

Un des principaux avantages de cette méthode est qu'elle ne préjuge nullement de la valeur de divers scénarios possibles. Ainsi, les personnes engagées dans la médecine préventive accordent une grande valeur à leur travail; les chirurgiens font de même. Sur ce point, l'analyse coût-efficacité est à priori neutre. Dans un cas particulier, c'est la mesure préventive qui pourrait s'avérer la plus efficace. Dans un autre, ce sera l'intervention chirurgicale.

Une façon d'appliquer ce type d'études consiste à fixer un plafond pour une technologie donnée. Williams (1985) a proposé comme limite raisonnable le PNB par habitant qui, en Grande-Bretagne, se situe à 4 000 livres. Williams a calculé les rapports coût-efficacité suivants :

	Coût par QALY gagnée (en livres sterling)
Stimulateur cardiaque	670
Remplacement de l'articulation de la hanche	750
Remplacement d'une valvule de l'orifice aortique	950
Pontage de l'artère coronaire gauche	1 040
Greffe du rein	3 000
Greffe du cœur	5 110
Pontage de l'artère coronaire (pour l'angine de poitrine)	11 400
Dialyse à l'hôpital	14 000

En regard du plafond suggéré par Williams, les transplantations cardiaques et les dialyses ne seraient plus du tout pratiquées en Grande-Bretagne, tandis que les pontages de l'artère coronaire ne seraient faits que dans certaines circonstances.

Ces travaux suivent ceux réalisés par Bush (1980), qui a comparé le rapport coût-efficacité de diverses techniques, en faisant le point sur la documentation existante dans laquelle ont avait employé le nombre actualisé d'années de santé (well-years : DWY) ou le nombre actualisé d'années de vie (discounted life-years : DLY) comme mesures du résultat :

	Coût par année de santé actualisée ($US)
Dépistage de la tuberculose par la tuberculine	6 000
Dépistage de la phénylcétonurie	2 900
Dépistage des cas de thyroxine	3 600
Dépistage de l'hypertension grave	4 850
Dépistage de l'hypertension faible	9 880
Dialyse rénale	50 000

Bush souligne que ces études ont été faites à des époques différentes, à partir d'hypothèses différentes, et que les chiffres ne sont pas rigoureusement comparables. Cependant, l'ordre de grandeur est probablement valable et illustre bien notre propos.

On peut soulever bien des objections à l'encontre de cette approche, comme le manque de données fiables et le peu d'expérience acquise dans l'emploi des techniques en question. Dans son rapport de 1980 sur l'analyse coût-efficacité, l'OTA en arrive à la conclusion – pour ces raisons et d'autres – qu'elle ne doit pas constituer le seul critère de décision. En d'autres termes, le jugement et les considérations politiques ont également leur place parmi les paramètres décisionnels. Jusqu'à maintenant, toutefois, ces méthodes d'analyse rationnelle n'ont joué qu'un rôle très limité. Il semble n'y avoir que deux voies possibles : continuer à prendre des décisions fondées uniquement sur l'émotion, l'intuition ou les raisons politiques, ou commencer à faire intervenir des analyses plus objectives dans le processus décisionnel. Un aspect intéressant de l'exemple fourni par Williams est que, pour une même intervention, il produit diverses valeurs sur l'échelle coût-efficacité selon le diagnostic médical. Une analyse coût-efficacité pourrait être le point de départ à l'élaboration de lignes directrices en regard d'une technologie particulière. Il semble plus acceptable d'utiliser une technique dans les circonstances où elle affiche un rapport coût-efficacité avantageux que d'en priver toute la population.

L'évaluation de la technologie et l'élaboration des politiques

Jusqu'à maintenant, l'évaluation de la technologie a été essentiellement un exercice qui n'avait pas de lien direct avec la formulation des politiques. La réglementation des produits pharmaceutiques constitue, à cet égard, une exception notoire : l'organisme de réglementation impose des essais cliniques et fait une synthèse des résultats qui sera prise en considération au moment de décider si un médicament sera ou non approuvé pour fins de commercialisation.

Le principal intérêt des techniques d'évaluation réside dans l'utilité qu'elles peuvent avoir pour guider l'adoption et l'utilisation des nouvelles technologies. Le programme américain d'assurance-maladie, qui doit se prononcer explicitement sur l'indemnisation accordée en regard de toute nouvelle technique, fournit un exemple intéressant. L'organisme qui administre le programme, le Health Care Financing Administration (HCFA) a peu de compétences scientifiques et médicales de sorte qu'il prend avis auprès des services publics de santé, dont l'Institut national de la santé. Depuis 1978, cette fonction d'aviseur est assumée par l'Office of Health Care Technology Assessment (OHTA). Celui-ci collige de la documentation et recueille l'opinion des experts, et il rédige une évaluation sommaire axée principalement sur l'efficacité, la sécurité et l'acceptation par les médecins de la technologie en question. L'inconvénient le plus sérieux de ce programme, pour ce qui nous intéresse, est que seulement certaines technologies sont examinées, et que les questions sociales et économiques de portée plus vaste n'interviennent à peu près pas dans les opinions exprimées.

L'OTA du Congrès américain, qui a déjà 10 ans d'expérience dans l'évaluation de la technologie de la santé, a préparé plusieurs rapports sur des techniques particulières. Mais, en règle générale, ces évaluations n'ont pas pour but d'influer sur des choix spécifiques, étant donné que le Congrès n'intervient pas à ce niveau. De plus en plus, l'OTA s'intéresse à des questions de politique, comme les conséquences du système DRG au plan de la technologie médicale.

L'OTA a notamment réalisé deux études coût-efficacité très intéressantes. La première porte sur la vaccination contre la pneumonie attribuable aux pneumocoques (OTA, 1978; Willems et coll., 1980). L'analyse conclut que cette intervention pourrait ajouter une année de vie saine parmi tous les groupes d'âge pour environ 4 800 dollars de soins médicaux nets. Les rapports coût-efficacité varient selon l'âge du vacciné, depuis 1 000 dollars pour une année de vie saine chez un adulte âgé de 65 ans ou plus à 77 000 dollars par année de vie saine pour un enfant âgé de 2 à 4 ans. Au moment de la publication de ces résultats, le programme d'assurance-maladie (destiné aux personnes âgées et aux infirmes) ne couvrait aucune intervention préventive. Cette analyse a amené le Congrès à modifier la Loi sur l'assurance-maladie afin d'y inclure la vaccination anti-pneumococcique. Une mise à jour de l'analyse, effectuée en 1984, en venait à la conclusion que le coût d'une année de vie saine pour un adulte âgé de 65 ans ou plus se situerait entre 300 et 6 200 dollars, dépendant de facteurs tels que le pourcentage de la population protégée par le régime d'assurance-maladie qui recevrait le vaccin.

En partie parce qu'elle craignait que d'autres techniques préventives efficaces soient laissées de côté par le programme, l'OTA a effectué, en 1981, une analyse coût-efficacité du vaccin anti-grippal (1981*a*). L'étude de l'OTA, qui a porté sur sept années d'utilisation du vaccin – de 1971-1972 à 1977-1978 – a mené à la conclusion que le gain d'une année de vie saine coûtait 63 dollars. Il est probable que seuls les vaccins contre les

maladies infantiles ont un rapport coût-efficacité plus favorable. Cependant, le Congrès n'a pas donné suite à cette étude, et le vaccin anti-grippal continue de n'avoir qu'un faible taux de pénétration, rejoignant environ 10 % de la population.

En Europe, plusieurs pays ont acquis de l'expérience dans l'évaluation de la technologie. L'Institut suédois de planification et de rationalisation, situé à Stockholm, fait des études sur des techniques particulières et diffuse les renseignements dont il dispose pour aider à la prise de décisions. Les décisions visées sont généralement celles qui se prennent au niveau des administrateurs d'hôpitaux, et non des responsables des politiques à l'échelon national. Ainsi l'Institut a fait une étude sur la tomographie numérique, en considérant la capacité de cette technique d'en remplacer d'autres plus coûteuses (Jonsson et Jonsson, 1982). Un directeur d'hôpital pouvait consulter l'étude et déterminer s'il pouvait justifier l'acquisition d'un tel appareil compte tenu des budgets à sa disposition. Ces études semblent avoir un impact de plus en plus grand en Suède.

Au Pays-Bas, le Conseil des fonds pour les malades a entrepris de financer des analyses coût-efficacité sur des technologies particulières, afin de faciliter la prise de décisions. Jusqu'à récemment, le Conseil n'avait subventionné que des études portant sur les transplantations d'organes, mais il vient de décider de financer une étude sur la fécondation *in vitro*, qui abordera non seulement la dimension coût-efficacité mais aussi les aspects éthiques d'une telle intervention.

Une autre expérience intéressante est celle du Service national de santé britannique. Cet organisme a confié à un économiste de l'Université Brunel, Martin Buxton, le mandat de faire une analyse coût-efficacité de la transplantation cardiaque (1985). Les résultats de cette étude ont été utilisés par le Service dans l'élaboration d'une politique nationale.

Ainsi, l'évaluation technologique est de plus en plus employée comme instrument de prise de décisions. L'interaction de l'un et l'autre processus est à la fois intéressante et importante.

Résumé et conclusions

Face à une population vieillissante, le fardeau des maladies chroniques et de l'incapacité ne peut que croître. Puisqu'une augmentation substantielle des ressources affectées aux soins de santé est improbable, nous serons forcés de prendre de plus en plus de décisions difficiles. Le système actuel de soins de santé est spécialisé et axé vers les traitements en établissement, de sorte que des changements de priorité semblent également probables.

De nombreuses techniques nouvelles feront leur apparition au cours des prochaines années. Un grand nombre d'entre elles seront axées sur les problèmes propres au vieillissement, comme les techniques qui visent à corriger des incapacités et à rendre les gens plus indépendants.

Le manque de ressources pour les soins à domicile et pour les techniques susceptibles de favoriser l'indépendance des personnes âgées, résultant en partie des pressions qui s'exerceront pour maintenir le réseau hospitalier, pourrait constituer un des problèmes de l'avenir.

Les choix qu'il y a à faire seront toujours difficiles, mais on pourrait les faciliter avec une meilleure connaissance des conséquences qu'ils comportent. En ce sens, l'évaluation constitue un outil essentiel pour aborder les questions que soulève la technologie destinée à la population âgée.

Roger W. Evans

En 1983, j'ai publié deux études sur le sujet de l'affectation et du rationnement des ressources dans le domaine de la santé (R. W. Evans, 1983). J'ai alors cherché à démontrer, comme d'autres l'ont fait (Fuchs, 1974; Calabresi et Bobbitt, 1978; Klein, 1984; Aaron et Schwartz, 1984; Schwartz et Aaron, 1984 et 1985), qu'il nous faudra inévitablement prendre des décisions concernant l'affectation et le rationnement des ressources, et ce pour plusieurs raisons : 1) l'évolution de la répartition de la population selon l'âge aux États-Unis; 2) le nombre croissant de malades chroniques; 3) le nombre plus élevé de cas d'invalidité au sein de la population – attribuables en partie à l'âge et aux maladies chroniques; 4) le développement et l'utilisation de techniques de traitement coûteuses; et 5) la progression nettement marquée des coûts des soins de santé. Un observateur attentif aurait vite fait de remarquer que ce que j'envisageais pour l'avenir est déjà en train de se produire depuis un certain nombre d'années (Fuchs, 1985). Dans le domaine médical, la sélection est loin d'être un phénomène nouveau. Inutile de dire que je ne nie nullement ce fait; je tiens seulement à souligner que, selon toute vraisemblance, la fréquence et l'ampleur des décisions de ce genre augmenteront au cours des années à venir. Nous devons donc commencer dès maintenant à nous préparer et à préparer

ceux qui nous entourent aux temps plutôt difficiles qui s'annoncent.

Les gens attendent sans cesse davantage de la médecine. Contrairement à ce que nombre de critiques aimeraient nous faire croire, ils ne demandent pas une *diminution* des soins de santé (Blendon et Altman, 1984). L'individu moyen ne pense pas en fonction de budgets fixes pour les soins de santé, comme le font les responsables de la politique en matière de santé publique. Quand leur santé est en jeu, la plupart des gens veulent que l'on tente *pratiquement* tout ce qui est possible pour leur venir en aide. Le compromis entre la qualité et la durée de vie – si souvent invoqué par ceux d'entre nous qui sommes en bonne santé – est rarement pris en ligne de compte par les malades gravement atteints et leur famille (McNeil et coll., 1981). Ces questions doivent certes être examinées sérieusement, mais il est rare que les circonstances se prêtent à un débat sensé et pertinent dans une perspective de politique.

Nous ne pouvons vanter les mérites de la médecine sans accepter la responsabilité – voire partager le blâme – d'avoir cultivé chez le public la très haute opinion qu'il a de la médecine et les attentes presque sans limites qu'il s'est faites à son égard. Nous parlons des coûts élevés des soins de santé et de leurs avantages incertains, mais d'une manière qui n'est même pas accessible à un profane intelligent. Il semble que nous ne nous rendions pas compte de l'écrasant échec auquel aboutissent souvent nos aventures médico-techniques. Nous ne possédons pas et ne posséderons jamais de boule de cristal qui nous permette de prendre des décisions difficiles à partir d'un minimum d'information. Nous devons lutter avec nos propres limites, erreurs et incertitudes, tout en agissant de manière responsable face au public. Je pense que les gens peuvent se contenter de moins, mais à condition de comprendre les règles du jeu, avant d'entreprendre cette partie d'échecs que constitue la fin de leur vie. Nous ne pouvons lever les mains en signe de découragement devant la complexité des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Nous devons continuer à chercher des solutions en faisant preuve de modération, tout en évitant de nous opposer à la nouvelle technologie simplement parce qu'elle semble nous avoir placés dans une position fort peu enviable.

Les conséquences de la nouvelle technologie dans le secteur des soins prolongés

La technologie médicale est à l'origine d'une bonne partie des problèmes généralement associés à la prestation des soins prolongés (Banta et coll., 1981; Institute of Medicine, 1985*a*; Jennett, 1984). J'ai mentionné précédemment que les décisions relatives à l'affectation et au rationnement des ressources sont motivées par au moins cinq facteurs, et la technologie n'étant qu'un parmi ceux-ci. Toutefois, un examen attentif révèle que tous ces facteurs sont étroitement reliés. La technologie contribue à prolonger la vie et augmente donc la probabilité que les individus soient éventuellement atteints d'une maladie chronique ou deviennent invalides (voir les tableaux 7-1, 7-2 et 7-3). La maladie chronique et l'invalidité sont parmi les principales causes de la hausse des coûts des soins de santé. Si les techniques ayant pour objet de prolonger la vie étaient éliminées de cette chaîne « causale », les coûts des soins de santé diminueraient de façon notable, mais il en serait de même pour la longévité, un des indicateurs clés des progrès de la médecine.

Tableau 7-1

Auto-évaluation de la diminution de l'activité selon l'âge, population civile hors établissement, États-Unis, 1981

En pourcentage

	Répartition de la population selon le degré d'incapacité		
	Limitation dans certaines activités secondaires	Limitation dans certaines activités principales	Incapacité d'accomplir les activités principales
Groupe d'âge :			
Moins de 17 ans	1,8	1,8	0,2
Moins de 6 ans	–	1,8	0,4
6 à 16 ans	2,7	1,8	0,1
17 à 44 ans	3,0	4,2	1,2
45 à 64 ans	4,8	12,4	6,8
65 ans et plus	6,6	21,7	17,5

SOURCE National Centre for Health Statistics (1984), p. 84.

Sauver des vies a toujours été l'objectif premier de la médecine; après tout, les médecins sont formés à sauver des vies et non à y mettre fin. La mort représente l'échec de la médecine, et considérer que les soins de longue durée constituent une façon inacceptable d'utiliser les ressources rares du secteur de la santé revient à remettre en question les principes fondamentaux qui guident la pratique médicale. Le paradoxe est évident et il n'est pas facile à résoudre. Fernando Torres-Gil, directeur du personnel du Comité sur le vieillissement de la Chambre des représentants, est sans doute celui qui a le mieux décrit la

Tableau 7-2

Diminution de l'activité chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, 1981

En pourcentage

	Répartition de la population selon le degré d'incapacité		
	Limitation dans certaines activités	Limitation dans des activités principales	Aucune diminution d'activité
Groupe d'âge :			
Moins de 17 ans	3,8	2,0	96,2
17 à 44 ans	8,4	5,4	91,6
45 à 64 ans	23,9	19,1	76,1
65 ans et plus	45,7	39,2	54,3

SOURCE Bloom (1982), p. 24.

situation lorsqu'il a déclaré que le vieillissement de la population de notre société représentait une véritable réussite : le bon côté de la chose est que les personnes âgées sont plus instruites, plus à l'aise financièrement et qu'elles ont du bon temps; le mauvais côté de la chose est qu'elles vivent plus longtemps (*Washington Post*, le 10 mars, 1986). Et parce qu'elles vivent plus longtemps, les maladies chroniques et l'invalidité finissent par absorber leurs épargnes et leurs prestations de retraite.

Cependant, les techniques disponibles ne sont pas toutes axées uniquement sur le maintien de la vie. De nombreuses personnes âgées ou invalides profitent de diverses techniques qui améliorent leur qualité de vie. Ces techniques peuvent contribuer à réduire sensiblement l'incapacité et à accorder un grand degré d'autonomie – ce que semble souhaiter d'ailleurs la majorité des personnes âgées. Ainsi, selon les résultats d'un sondage récent mené par le *Washington Post*, une forte majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ne vivent pas avec leurs enfants et celles-ci ne le souhaitent pas dans une proportion aussi élevée que 95 %.

Tableau 7-3

Capacité de fonctionnement des personnes vivant dans des établissements de soins, selon l'âge, 1977

En pourcentage

	Moins de 65 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Capacité de fonctionnement :				
Habillement				
S'habillent seules	44,8	38,8	27,5	24,2
Ont besoin d'aide ou sont incapables de se vêtir	55,2	61,2	72,5	75,8
Utilisation de la salle de toilette				
Autonomes	61,8	53,1	45,7	41,0
Ont besoin d'aide	28,1	37,8	44,7	48,0
Ne l'utilisent pas	10,1	9,1	9,6	11,0
Mobilité				
Marchent seules	53,6	43,2	33,2	22,5
Marchent avec de l'aide	15,7	21,4	30,5	35,6
En fauteuil roulant	25,5	30,5	31,5	35,9
Alités	5,2	5,0	4,9	6,1
Alimentation				
Autonomes	73,8	72,9	66,2	63,5
Ont besoin d'aide ou sont alimentées au moyen d'un tube ou par injections intraveineuses	26,2	27,1	33,8	36,5

SOURCE National Center for Health Statistics (1984), p. 114.

Il est évident que les questions touchant à la technologie et aux soins de longue durée sont, jusqu'à un certain point, indissociables. Toutefois, dans l'analyse des conséquences soi-disant négatives de la technologie, il est essentiel de faire une distinction entre les diverses techniques selon les catégories suivantes : 1) celles qui maintiennent la vie; 2) celles qui prolongent la vie; et 3) celles qui améliorent la vie. Bref, certaines techniques ne sont pas aussi « mauvaises » que d'autres.

Perspective sur la technologie

J'ai grandi dans le petit village de Smith's Creek, situé tout près de Port Huron au Michigan. Comme certains d'entre vous le savent peut-être, Port Huron est une ville « frontière », voisine de Sarnia en Ontario. Smith's Creek ne peut certes pas prétendre à la célébrité, mais l'un des événements les plus marquants de son histoire, à mes yeux, est peut-être le fait qu'alors qu'il était jeune homme, Thomas Edison fut jeté hors d'un train dans ce village après que l'expérience qu'il était en train de mener dans le fourgon de queue eut provoqué une explosion. Thomas Edison est un des héros de mon enfance, tout comme Henry Ford. Dans mes moments de réflexion, je me demande parfois ce que ces deux grands hommes auraient dit s'ils avaient eu à répondre aux questions du genre de celles que l'on pose aujourd'hui aux concepteurs des nouvelles techniques médicales. Aurions-nous l'automobile ou l'électricité si nous avions pu prévoir de manière précise toutes leurs conséquences fâcheuses avec lesquelles nous devons maintenant vivre ? En 1982 seulement, 46 300 décès étaient attribuables aux accidents de la route aux États-Unis (Doege, 1986). Devrions-nous interdire l'automobile sous prétexte qu'elle constitue une grave menace pour notre santé ?

Mes préoccupations sont claires. Un mouvement antitechnologique se dessine dans le secteur de la médecine. Malheureusement, les critiques que l'on entend le plus ne semblent pas avoir une connaissance suffisante du sujet pour être en mesure de porter des jugements éclairés. La technologie leur fait peut-être peur parce qu'ils en connaissent trop peu à son sujet. Ainsi, combien parmi les personnes qui critiquent le « cœur artificiel » connaissent vraiment les divers types d'appareils que l'on associe fréquemment aux « cœurs artificiels » ? Comprennent-elles la différence qui existe entre une vis à tergo, une pompe diastolique à ballonnet intra-aortique et un cœur artificiel complet ? Il est tout simplement navrant de constater qu'on peut amener devant une caméra de télévision des gens n'ayant absolument aucune compétence technique et les faire passer pour des « spécialistes » dans tel ou tel domaine, au risque d'anéantir des années de travail de la part de scientifiques bien intentionnés. Par ailleurs, j'estime que les scientifiques dont les travaux sont critiqués devraient être suffisamment impartiaux pour s'interroger et interroger ceux qui les entourent au sujet de l'orientation donnée à leurs travaux – même s'il n'est guère facile de répondre à de telles questions. En d'autres termes, les scientifiques devraient assumer leurs responsabilités vis-à-vis de la population, et je suis d'avis que c'est parce que nous avons omis de le faire que nous nous retrouvons aujourd'hui dans une position aussi difficile en ce qui a trait au développement et à l'application de nouvelles techniques dans le domaine des soins de santé. Il est bien de louer les mérites de la technologie moderne, mais nous devons également exprimer nos réserves. Cela peut sembler impossible, mais c'est la voie de la raison. Le public a le droit d'être mieux informé qu'il ne l'a été jusqu'ici.

En définitive, il est difficile de ne pas reconnaître que la technologie est une source majeure de problèmes dans la prestation des services de santé (Altman et Blendon, ed., 1979; Moloney et Rogers, 1979). On entend beaucoup parler des découvertes les plus récentes et de la façon dont elles pourront révolutionner le traitement d'une maladie donnée – si ce n'est la médecine toute entière. La recherche de cures miracles ne cessera jamais. Cependant, dire que la technologie engendre plus de problèmes qu'elle n'en résout n'est sûrement pas une raison suffisante pour imposer le statu quo en matière de technologie en raison de nos préoccupations sans cesse plus sérieuses au sujet des coûts. Ces préoccupations ne devraient pas nous inciter à ignorer et à critiquer les progrès de la technologie, et nous mener à la stagnation dans ce domaine. Nous devons plutôt nous appliquer à déterminer jusqu'où nous pouvons recourir à la technologie et quelle variété de techniques nous pouvons nous permettre dans le cadre du système actuel de prestation des soins de santé.

Les coûts et la politique en matière de soins de santé

C'est avec un grand intérêt que je suis le débat actuel sur les coûts des soins de santé. Environ 10,5 % du PNB des États-Unis a été affecté aux soins de santé en 1985, contre 10,6 % en 1984 (Francis, 1986). J'ai naturellement une certaine réticence à considérer que l'accroissement de la part du PNB qui est consacrée aux soins de santé soit quelque chose de négatif. Ne consacre-t-on pas des ressources considérables à d'autres projets et activités dont la valeur est plus discutable ? Il est clair toutefois que les responsables de la politique des soins de santé pensent aujourd'hui en fonction de budgets fixes, inaltérables. Le choix arbitraire d'un certain pourcentage du PNB comme

plafond des dépenses au chapitre des soins de santé apparaît donc comme une conséquence du principe des budgets fixes. Mais il faut aussi garder à l'esprit que des pressions exercées auprès des autorités pourraient sans doute réussir à modifier considérablement la répartition des crédits alloués aux programmes de la santé par rapport aux autres programmes.

Malgré mon optimisme – qui pourrait avoir pour seul effet de conjurer temporairement l'inévitable – j'estime qu'il y a lieu d'examiner soigneusement le degré d'efficacité qui prévaut dans la prestation des services de santé (Angell, 1985). Par exemple, ni les fraudes ni les abus ne devraient être tolérés et les prestateurs de services devraient faire preuve de modération à l'intérieur de paramètres de qualité acceptables. Nous devons par conséquent nous efforcer d'identifier clairement ce que nous faisons bien. Nous devons éliminer les soins inefficaces et examiner attentivement les soins très coûteux.

Le tableau 7-4 donne un aperçu des dépenses réelles ou prévues au titre des soins de santé aux États-Unis pour la période 1982-1986 (Francis, 1986). On constate que les dépenses totales ont augmenté de près de 10,0 % annuellement. Les fond affectés aux soins hospitaliers atteindront près de 186,1 milliards de dollars en 1986, soit une hausse de 14,5 milliards (8,4 %) par rapport à 1985. Malgré le gel des honoraires des médecins imposé par le gouvernement pour les bénéficiaires du programme Medicare, les frais totaux au titre des services des médecins devraient, selon les prévisions, atteindre 92,5 milliards de dollars – en 1986 – une hausse de 10,8% sur l'année précédente. Les dépenses consacrées aux établissements de soins devraient, pour leur part, augmenter de 11,6 % pour atteindre environ 39,3 milliards de dollars.

Aux États-Unis, l'assurance-maladie fait habituellement partie des avantages sociaux des employés, bien qu'il existe également de nombreux programmes publics

Tableau 7-4

Dépenses réelles et prévues au titre des soins de santé aux États-Unis, 1982-1986
En milliards de dollars

	1982	1983	1984	1985	1986
Dépenses totales :	321,2	355,1	387,4	423,8	466,0
Services et fournitures de santé	307,0	339,8	371,6	406,6	448,1
Soins personnels	284,9	315,2	341,8	376,0	413,2
Soins hospitaliers	134,7	148,8	157,9	171,6	186,1
Services dispensés par les médecins	61,8	68,4	75,4	83,5	92,5
Services dispensés par les dentistes	19,5	21,8	25,1	28,3	32,0
Autres services professionnels	7,1	8,0	8,8	9,8	11,0
Médicaments et fournitures médicales diverses	21,8	23,6	25,8	28,5	31,2
Lunettes et autres prothèses	5,6	6,5	7,4	8,3	9,3
Établissements de soins	26,9	29,4	32,0	35,2	39,3
Autres services de santé	7,6	8,6	9,4	10,8	11,8
Administration des programmes et coût net de l'assurance	12,8	14,5	19,1	19,1	22,8
Programmes gouvernementaux de santé publique	9,3	10,1	10,7	11,5	12,1
Recherche et construction d'installations médicales	14,2	15,3	15,8	17,2	18,1
Recherche	5,9	6,2	6,8	7,3	7,8
Construction	8,3	9,1	9,0	9,9	10,3

SOURCE Francis (1986), pp. 6-7.

d'assurance-santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1985*b*; Kasper et coll., 1980; Mundinger, 1985; United Hospital Fund of New York, 1985; Bazzoli, 1985; Wilensky et Berk, 1985). Le tableau 7-5 indique le nombre de personnes assurées en vertu de divers régimes et programmes. Comme on peut le voir, près de 70,0 % de la population participe à un régime privé d'assurance-santé alors qu'environ 17,2 millions de personnes, c'est-à-dire 7,4 % de la population, ne bénéficient d'aucune assurance.

Tableau 7-5

Nombre et répartition des bénéficiaires d'un régime d'assurance-maladie, selon la source

	Nombre de bénéficiaires, de membres ou de détenteurs d'une police	Total
	(En millions)	(En pourcentage)
Source des contributions :		
Assureurs privés	159,9	69,2
Medicaid	19,9	8,6
Medicare	30,0	13,0
CHAMPUS[1]	2,1	0,9
Personnes en service militaire actif	2,1	0,9
Personnes non assurées	17,2	7,4
Population totale des États-Unis	231,2	100,0

1 Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services.
SOURCE U.S. Department of Health and Human Services (1985*b*), p. 17.

On a a tendance à ne pas tenir compte de l'incidence économique des cotisations des employeurs dans le cadre des régimes privés d'assurance-santé, bien que certaines statistiques sur les coûts des soins de santé soient fort intéressantes. À titre d'exemple, la Société Chrysler a estimé récemment que les prestations d'assurance-santé versées aux employés représentent environ 600 dollars du coût de chaque nouvelle voiture. Une enquête périodique de la Chambre de commerce sur les avantages sociaux accordés par les employeurs a fait ressortir que la part des frais d'assurances (non pas seulement l'assurance-santé) en proportion de la rémunération brute globale est passée de 1,4 % en 1951 à 7,4 % en 1984 (U.S. Chamber of Commerce, 1985, et 1986). Ces frais ont grimpé de 47 dollars en moyenne par employé en 1951 à 1 581 dollars en 1984. Cependant, ces chiffres ne rendent pas compte de toutes les dépenses des employeurs au titre des soins de santé. Un résumé complet des dépenses relatives à la santé engagées par les employeurs est présenté au tableau 7-6.

Tableau 7-6

Ventilation des dépenses relatives à la santé engagées par les employeurs, 1984

En dollars

	Dépenses annuelles estimatives
Tranche des frais d'assurance relative aux soins de santé	1 392*
Securité sociale	262
Indemnisation des accidents du travail	262
Invalidité de longue durée	47
Invalidité de courte durée	65
Frais d'assurance pour les soins dentaires	85
Congés de maladie payés	273
Total	2 385

* Estimation basée sur l'hypothèse que les soins de santé représentent 88 % des frais totaux d'assurance.
SOURCE U.S. Chamber of Commerce (1985 et 1986, pp. 1-3).

Un certain nombre de solutions ont été proposées pour résoudre le problème de la hausse croissante des dépenses pour les soins de santé. Plusieurs d'entre elles sont axées sur une utilisation plus appropriée de la technologie médicale. Par exemple, Angell (1985) a soutenu de manière fort convaincante que l'élimination de divers types de soins médicaux inutiles pourrait contribuer à réduire grandement les dépenses pour les soins de santé. L'auteur regroupe les soins médicaux non nécessaires en trois catégories : 1) les tests de laboratoire, radiographies et autres mesures peu coûteuses à l'unité qui sont prescrites sans aucune justification médicale valable; 2) les opérations et traitements reconnus comme étant coûteux et qui sont entrepris dans des cas où leur utilité est non fondée; et 3) les soins médicaux inutiles que constituent les traitements intensifs que l'on fait subir aux patients atteints de maladies incurables et pour lesquels seuls des soins palliatifs sont indiqués.

Ces suggestions fort louables permettraient sans doute de réaliser des économies importantes dans le système des soins de santé; toutefois, elles nous renseignent peu sur l'utilisation que l'on devrait faire de la technologie. Ainsi, on ne s'est pas jusqu'ici attaqué au problème des soins

médicaux inefficaces. Des économies encore plus grandes seraient peut-être possibles si on éliminait les techniques qui n'ont pas d'utilité thérapeutique ou qui sont si peu efficaces par rapport à leurs coûts qu'on peut difficilement justifier leur application. C'est là que les méthodes d'évaluation de la technologie médicale peuvent jouer un rôle très important, mais les ressources consacrées à ces activités sont nettement insuffisantes et le resteront vraisemblablement pendant un certain temps encore. L'Institute of Medicine (1985*a*) estimait récemment que plus d'un milliard de dollars par année sont affectés à des programmes d'évaluation de la technologie dans les secteurs privé et public. Cela peut sembler beaucoup, mais ces ressources sont réparties entre un grand nombre d'activités fort diverses, y compris les essais cliniques contrôlés et non contrôlés, les études épidémiologiques et autres études d'observation, les recherches relatives aux services de santé, ainsi qu'une foule de travaux de synthèse. L'expérimentation des médicaments absorbe la majeure partie des fonds consacrés à l'évaluation des techniques médicales. L'organisme en venait à la conclusion qu'au moins 300 millions de dollars supplémentaires devraient être investis chaque année dans les programmes d'évaluation technologique.

Au bout du compte, très peu d'options s'offrent aux responsables de la politique en matière de soins de santé pour réduire les dépenses à ce titre. On peut se demander si les suggestions du genre de celles proposées par Angell, par exemple, offrent des solutions adéquates à long terme. Néanmoins, si nous apprenons à faire des choix qui peuvent sembler assez radicaux concernant les patients pour lesquels des soins sont justifiés, nous nous préparerons mieux à affronter l'avenir, alors que les décisions de renoncer à un traitement seront plus courantes et donc davantage acceptées. Je suis convaincu que le véritable problème qui se pose est lié à la nécessité d'accorder des valeurs différentes à la vie selon les circonstances, bien que, pour la plupart d'entre nous, il soit pénible de décider qui doit être traité en fonction de considérations socio-économiques.

La valeur de la vie

Outre les demandes répétées en vue d'effectuer des évaluations technologiques plus systématiques comme moyen de réduire les coûts des soins de santé, on entend également beaucoup parler de l'utilité de l'analyse coût-efficacité. De fait, toute évaluation qui se veut *complète* doit également comporter une analyse coût-efficacité.

Récemment, Doubilet et coll. (1986) ont relevé certaines des interprétations que l'on peut donner au terme coût-efficacité : 1) économie de coût; 2) efficacité; 3) économie de coût associée à un avantage égal (ou supérieur) du point de vue de la santé; et 4) avantage supplémentaire justifiant le coût supplémentaire. Les auteurs recommandent d'employer le terme coût-efficacité uniquement dans son quatrième sens.

Étant donné que les décisions relatives aux soins de santé sont fondées de plus en plus sur ce qu'on appelle des analyses coût-efficacité – auxquelles peut s'appliquer l'une ou l'autre des définitions précitées – il est essentiel de reconnaître de manière explicite que nous tentons ainsi d'évaluer la vie humaine. Ce que notre société est prête à dépenser pour sauver une vie représente la valeur que nous accordons à la vie de l'individu en cause.

Dans la perspective de la politique en matière de santé, nous serons bientôt parvenus au point où nous pourrons énoncer, presque sans réserves, ce que nous sommes en mesure de débourser par année pour sauver une vie, en fonction des probabilités de survie. Dans l'évaluation de la technologie, nous nous emploierons à déterminer dans quelle mesure une technique « discutable » se compare aux autres techniques « acceptées » sur le plan des coûts et de l'efficacité[2]. Pour donner un exemple, une dialyse rénale coûte environ 25 000 dollars par année de vie gagnée, tandis qu'une greffe du cœur entraîne des coûts d'environ 23 500 dollars par année de vie supplémentaire. Si nous sommes prêts à traiter un patient atteint d'une maladie rénale incurable au coût indiqué, comment pourrions-nous *refuser* de traiter un patient gravement malade ayant besoin d'une transplantation cardiaque ?

Afin de pouvoir prendre des décisions éclairées au sujet des techniques dont nous assumerons les coûts, il nous faut disposer de la meilleure information qui soit sur l'efficacité et les coûts de ces techniques. Cela nous permettra de distinguer plus clairement celles qui sont discutables en fonction d'une norme extérieure. Si les ressources le permettent, cette norme extérieure pourra être révisée de façon périodique. En d'autres termes, il est possible que, dans quelques années, nous soyons prêts à payer plus ou moins que maintenant pour sauver une vie.

Nous préférerions sans doute ignorer la question de l'évaluation de la vie. Et pourtant, notre comportement a toujours été guidé par ce principe. Ainsi, en temps de guerre ou de désastre, on accorde la priorité aux femmes et aux enfants. Dans certains cas, les personnes âgées peuvent recevoir une attention médicale moins grande que les personnes plus jeunes. J'ai remarqué récemment de petits collants sur lesquels était inscrit « Bébé à bord » dans les vitres de certaines automobiles. Je présume que, par ce collant, on nous demande de choisir un autre véhicule, si jamais nous devions avoir une collision. N'est-ce pas là prétendre que la vie d'une autre personne vaut moins ? J'ai aussi souvent constaté que lorsqu'une jeune personne meurt, les gens ont tendance à être plus affligés que lors du décès d'une personne plus âgée.

La qualité de la vie

La qualité de la vie est un concept qui retient de plus en plus l'attention dans le domaine médical. La plupart d'entre nous reconnaissent maintenant qu'il est inacceptable de prolonger la vie d'un patient sans lui assurer une qualité de vie raisonnable.

Dans une autre étude, mes collaborateurs et moi-même avons fait valoir que la qualité de la vie repose sur des critères à la fois objectifs et subjectifs (R. W. Evans, Manninen, Garrison et coll., 1985; R. W. Evans, Manninen, Maier et coll., 1985). Parmi les mesures objectives, il y a la capacité fonctionnelle, la capacité de travailler et l'état de santé. Les indicateurs subjectifs comprennent le bien-être, les effets psychologiques et la satisfaction tirée de la vie. Nous avons procédé à une étude détaillée de la qualité de la vie dans le cadre de deux enquêtes nationales sur les dialyses et greffes rénales et sur les greffes du cœur (R. W. Evans et coll., 1984). Nous avons ainsi constaté qu'en fonction des indicateurs objectifs, les patients soumis à des dialyses tout comme ceux ayant subi une greffe ont une qualité de vie inférieure à celle de l'ensemble de la population. Toutefois, comme le montre le tableau 7-7, ces personnes soutiennent très bien la comparaison avec la population en général lorsque l'analyse est fondée sur des mesures subjectives. Nous sommes donc parvenus à la conclusion que les personnes qui ont subi une intervention vitale (greffe) ou qui sont soumises à un traitement de survie (dialyse) s'adaptent remarquablement bien à leurs nouvelles conditions de vie (R. W. Evans, Manninen, Garrison et coll., 1985). Nous pensons que ces constatations pourraient également s'appliquer dans le cas des personnes âgées ayant besoin de soins prolongés. De fait, les statistiques semblent indiquer que le bien-être s'améliore avec l'âge, même après correction des données pour tenir compte du revenu (Campbell et coll., 1976). En somme, les personnes âgées, comme les patients soumis à des dialyses ou ayant subi une greffe, s'adaptent à leur condition.

Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une mesure de la qualité de la vie, j'ai pensé qu'il serait intéressant de comparer la perception qu'ont de leur état de santé les personnes ayant subi une greffe ou des dialyses et celle d'autres personnes de divers groupes d'âge. Des études antérieures ont fait voir une étroite corrélation entre l'état de santé tel que perçu par les gens et les indicateurs

Tableau 7-7

Résumé des résultats fondés sur des mesures subjectives de la qualité de vie des patients soumis à une greffe du cœur, à une greffe de rein ou à des dialyses rénales

		Indicateurs de la qualité de vie		
		Bien-être	Effet psychologique	Satisfaction tirée de la vie
Catégorie de patients :				
Greffe du cœur	$\bar{x}$	11,11	5,49	5,11
	é	(2,53)	(1,32)	(1,28)
Greffe de rein	$\bar{x}$	11,83	5,62	5,66
	é	(2,61)	(1,16)	(1,49)
Hémodialyses à domicile	$\bar{x}$	11,12	5,42	5,19
	é	(2,67)	(1,20)	(1,56)
Hémodialyses en établissement	$\bar{x}$	10,77	5,15	5,11
	é	(2,73)	(1,31)	(1,69)
Dialyses péritonéales continues	$\bar{x}$	11,05	5,24	5,30
	é	(2,84)	(1,26)	(1,68)
Ensemble de la population	$\bar{x}$	11,77	5,68	5,45
	é	(2,21)	(1,12)	(1,25)

NOTE $\bar{x}$ = moyenne; é = écart-type.

SOURCE R. W. Evans, Manninen, Garrison et coll. (1985), pp. 553-559.

objectifs de l'état de santé (Ries, 1983; Garrity et coll., 1978). Ainsi, selon les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de 1978, les personnes jugées en excellente santé ont été alitées pendant 3,3 jours en moyenne par année pour cause de maladie ou de blessures et elles ont effectué en moyenne 2,5 visites chez le médecin au cours de l'année. Les chiffres correspondants pour les personnes jugées en mauvaise santé sont de 64,2 jours d'alitement et de 15,3 visites chez le médecin par personne, par année (Garrity et coll., 1978; Wilder, 1983).

Les résultats présentés au tableau 7-8 sont, dans une certaine mesure, incompatibles avec ceux du tableau 7-7. Comme je l'ai déjà souligné, on peut faire valoir que la perception qu'une personne a de son état de santé ne constitue pas une mesure de la qualité de la vie en soi.

Tableau 7-8

Perception de l'état de santé des patients qui ont subi une greffe de rein ou du cœur ou qui sont soumis à des dialyses rénales, comparativement à la population âgée et à l'ensemble de la population des États-Unis

En pourcentage

	Perception de l'état de santé			
	Excellent	Bon	Acceptable	Mauvais
Groupes :				
Greffe de rein[1]	29,4	43,4	22,4	4,9
Hémodialyses à domicile[1]	7,7	46,8	33,8	11,6
Hémodialyses en établissement[1]	9,0	31,9	45,8	13,3
Dialyses péritonéales continues[1]	4,9	39,5	35,8	19,8
Greffe du cœur[2]	14,6	50,7	27,5	7,2
Personnes âgées[3]				
65 à 69 ans	28,5	41,2	21,6	8,1
70 à 74 ans	28,4	41,2	21,2	8,2
75 à 79 ans	25,9	41,9	23,0	8,4
80 à 84 ans	26,7	41,0	22,0	9,8
85 à 89 ans	32,5	37,9	18,3	11,5
90 à 94 ans	35,4	39,2	16,4	6,8
95 ans et plus	29,0	38,7	18,3	14,0
Population en général[3]				
15 à 19 ans	56,7	37,2	5,0	0,6
20 à 24 ans	52,9	39,6	6,4	0,8
25 à 29 ans	53,5	38,5	6,7	1,0
30 à 34 ans	53,3	37,9	6,8	1,7
35 à 39 ans	50,8	38,3	8,4	2,0
40 à 44 ans	47,1	40,1	9,8	2,7
45 à 49 ans	42,1	41,6	12,2	3,7
50 à 54 ans	38,2	41,5	14,4	5,5
55 à 59 ans	32,9	42,5	16,8	7,4
60 à 64 ans	30,7	41,3	19,6	7,8
Ensemble de la population	48,6	38,5	9,5	2,8

1 King et coll. (1985).
2 R. W. Evans, Manninen, Overcast et coll. (1984) *The National Heart Transplantation Study: Final Report*
3 Rice (1983).

Aussi, nous avons très peu de raisons de supposer que les conceptions des gens concernant leur santé peuvent être rajustées de la même façon que la qualité de la vie en fonction d'autres indicateurs – vraisemblablement plus appropriés. De toute évidence, les personnes soumises à des dialyses ou qui ont subi une greffe du cœur ont une moins bonne perception de leur état de santé que les personnes âgées en général, tandis que la perception de l'état de santé des bénéficiaires d'une greffe de rein s'apparente à celle des personnes âgées. Les comparaisons avec l'ensemble de la population nous conduisent à certaines observations intéressantes. Les résultats montrent en effet que les personnes âgées tout comme les patients soumis à des dialyses ou à une greffe soutiennent mal la comparaison avec les personnes plus jeunes.

J'ai poussé plus loin l'analyse en examinant les rapports entre un autre indicateur de la qualité de la vie et l'âge, l'état de santé et diverses autres mesures subjectives de la qualité de vie. L'indicateur que j'ai choisi est le nombre de jours par année auxquels les patients soumis à des dialyses ou ayant subi une greffe sont prêts à renoncer pour recouvrer la santé. Les résultats obtenus sont résumés au tableau 7-9. Comme on peut le voir, les patients pour lesquels la mesure de l'incidence globale de la maladie est inférieure ou égale à la moyenne sont prêts à renoncer à 18,6 jours par année, comparativement à 41,6 jours pour les patients plus gravement atteints. La même relation se vérifie dans le cas de la morbidité, de l'âge (quoique de façon moins prononcée) et de l'incapacité physique mesurée selon l'indice de Karnofsky. On relève les écarts les plus marqués dans le cas des mesures subjectives de la qualité de la vie – la satisfaction tirée de la vie et le bien-être.

Les résultats que j'ai présentés incitent à faire preuve de prudence dans l'évaluation de la qualité de la vie des patients ayant subi ou qui continuent à subir un traitement indispensable à leur survie. Lorsque la qualité de la vie de ces patients est mesurée en fonction d'indicateurs plus subjectifs, elle se compare assez bien à celle de la population en général, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on utilise des mesures objectives. De même, la prudence s'impose lorsqu'on cherche à évaluer la qualité de la vie des personnes âgées puisque les attentes des gens peuvent changer en fonction de leurs conditions de vie. J'aimerais enfin faire valoir qu'il m'apparaît très risqué d'employer la qualité de vie comme critère de sélection des patients à traiter. Malheureusement, le critère de la qualité de vie entre souvent en ligne de compte dans les décisions de ce genre, comme si un tel facteur pouvait être mesuré facilement et de manière non équivoque. Or, rien n'est plus loin de la vérité.

Tableau 7-9

Nombre de jours auxquels les patients soumis à des dialyses ou ayant subi une greffe sont prêts à renoncer au cours d'une année pour pouvoir guérir, selon l'âge, l'état de santé et divers indicateurs subjectifs de la qualité de vie

En pourcentage

	Nombre de jours par année auxquels les patients sont prêts à renoncer pour pouvoir guérir
Indicateurs :	
Résultat de la mesure de l'incidence globale de la maladie	
Inférieur ou égal à la moyenne (positif)	18,6
Supérieur à la moyenne (négatif)	41,6
Morbidité	
Une affection	26,7
Plus d'une affection	35,2
Indice de Karnofsky	
Aucune restriction ou restrictions mineures	27,0
Restrictions majeures	37,2
Satisfaction tirée de la vie	
Inférieure ou égale à la moyenne (négative)	35,0
Supérieure à la moyenne (positive)	18,6
Bien-être	
Inférieur ou égal à la moyenne (négatif)	40,6
Supérieur à la moyenne (positif)	16,6

L'élaboration d'une politique cohérente en matière de soins de santé

Une fois que l'on aura adopté comme principe que la valeur de la vie peut varier selon les circonstances propres à chaque cas et qu'il est important de faire une interprétation adéquate de la qualité de la vie, je pense qu'un grand pas aura été franchi vers la formulation d'une politique cohérente en matière de soins de santé. Selon moi, les gens recherchent avant tout la cohérence, non seulement dans l'action mais aussi dans les politiques et règles de conduite qui guident celle-ci. S'ils connaissent les « règles du jeu », ils pourront sans doute accepter les décisions pénibles même lorsqu'elles touchent à la vie d'un être cher. Bien sûr, cela ne les empêchera peut-être pas de penser que le monde est injuste, lorsqu'un de leurs proches devra mourir; mais ils connaîtront au moins les limites définies par la politique[3].

Il m'arrive souvent de penser au père d'une jeune enfant qui avait besoin d'une greffe du foie. Pendant des mois, il n'a cessé de harceler le personnel responsable des dons d'organes dans sa région. Il a même participé aux délibérations du Congrès sur les transplantations. Un jour, à l'occasion d'une brève rencontre, je crois que j'ai compris la source profonde de sa frustration. En dépit de tout ce qu'il avait fait et de toute la publicité qu'il s'était attirée, il n'a jamais réussi à saisir ce qu'étaient véritablement les règles du jeu. Il déclara que, si seulement il connaissait les règles, il pourrait en accepter les conséquences. En d'autres mots, le pauvre homme n'a jamais été certain d'avoir fait tout ce qu'il pouvait pour aider sa fille. Dans son esprit, il y avait toujours quelque chose de nouveau à tenter, et je suis sûr qu'au moment du décès de sa fille, cette incertitude a engendré en lui un sentiment de culpabilité aussi vif que son chagrin. Il est donc essentiel que les décisions relatives au financement de la technologie et au traitement des patients soient prises de manière sensée et cohérente.

Au cours des dernières années, mes collègues et moi-même avons fait plusieurs études sur la transplantation d'organes. Au fil de ces recherches, j'ai pu me faire une opinion assez précise de la question des traitements destinés à sauver la vie. La transplantation ne constitue, bien sûr, qu'un exemple de tels traitements. J'aimerais, à ce stade, vous exposer brièvement mes arguments à l'appui du financement des greffes du cœur.

Malgré les preuves qui existent à l'effet contraire, les transplantations cardiaques sont encore considérées comme un procédé expérimental, non éprouvé, dans le cadre du programme Medicare. Cette interprétation était raisonnable au début. Mais les faits prouvent maintenant que cela n'est plus le cas, et les assureurs privés – il faut leur en donner le crédit – ont modifié leurs politiques en conséquence. En effet, plus de 80 % des régimes offerts par la Blue Cross et la Blue Shield ainsi que par les compagnies d'assurance commerciales incluent maintenant la transplantation cardiaque dans les soins assurés (U.S. Department of Health and Human Services, 1985*b*). Cette politique contraste avec la ligne de conduite suivie dans les programmes d'assurance du secteur public. La position officielle des responsables du programme Medicare est que la transplantation cardiaque en est encore au stade expérimental. Par ailleurs, seulement 24 États et le district fédéral de Columbia accordent un remboursement pour les greffes du cœur dans le cadre des programmes Medicaid (King et coll., 1985). Cette absence d'uniformité au chapitre des interventions admissibles est difficile à justifier d'un point de vue autre qu'économique. Les décideurs dans le secteur de la santé craignent que la couverture des transplantations cardiaques les entraîne dans un programme aussi coûteux que celui des maladies rénales chroniques, même si les faits ne confirment pas une telle préoccupation.

En dernière analyse, j'en ai conclu que l'exclusion des greffes du cœur des soins garantis dans le cadre du programme Medicare a été un expédient politique. Pour l'Administration actuelle et le Congrès, il importe de comprimer les dépenses du programme Medicare. En considérant la transplantation cardiaque comme une forme inusitée et expérimentale de traitement, les responsables ont évité d'aborder de front les problèmes et les décisions difficiles qui se posent. Notre politique en matière de soins de santé ne pourra être cohérente tant et aussi longtemps que ces problèmes resteront sans réponse.

La question qui est au cœur du débat concernant le rapport coût-efficacité de la transplantation cardiaque et la pertinence de la couverture présentement offerte dans le cadre des divers régimes d'assurance est en réalité de savoir combien on peut se permettre de dépenser pour traiter un patient qui est à l'article de la mort. La personne qui a besoin d'une greffe du cœur est en train de mourir d'une maladie cardiaque terminale. Celle qui est victime du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) est elle-aussi en train de mourir, mais d'un dérèglement du système immunitaire, et elle a besoin de soins médicaux coûteux. Le pronostic est beaucoup moins favorable dans le cas des patients atteints du SIDA que pour les bénéficiaires d'une greffe du cœur. Il en est de même pour les patients qui doivent être alimentés par voie parentérale ou qui doivent se soumettre à des hémodialyses en établissement. Lesquels parmi ces patients devraient être traités ? Que vaut leur vie ? Comme je l'ai déjà souligné, il nous a toujours répugné d'associer une valeur monétaire à la vie mais, lorsque contestés, les critiques de la transplantation cardiaque soutiennent que le procédé est trop coûteux. De fait, ils affirment qu'une vie humaine ne vaut pas 110 000 dollars, non pas que le traitement est inefficace. Ces mêmes critiques passent outre le fait que l'on dépense souvent des sommes beaucoup plus importantes à soigner d'autres patients dont l'état ne laisse que très peu d'espoir, en recourant à des traitements dont les avantages nets sont moins élevés que dans le cas des greffés du cœur. On débourse actuellement plus de 2 milliards de dollars par année pour traiter environ 80 000 patients atteints d'une maladie rénale aiguë. Plus de 1,4 milliard de dollars ont été dépensés pour les soins médicaux dispensés aux 10 000 premières victimes du SIDA (Hardy et coll., 1986). L'incidence économique globale des transplantations cardiaques se situerait entre 44,9 et 116,9 millions de dollars au cours de la première année, le programme Medicare devant assumer entre 2,4 et 5,8 millions de ce montant[4].

Le tableau 7-10 donne quelques exemples de procédés et de traitements que les assureurs, tant publics que privés, remboursent couramment sans trop poser de questions. Bien qu'il ne soit pas possible de comparer directement tous ces traitements du point de vue des coûts par année de vie sauvée et des avantages qui en découlent, on ne peut éviter de se poser les questions suivantes : En quoi la transplantation cardiaque est-elle différente ? Sur quoi se fonde-t-on pour exercer une telle discrimination envers les patients atteints d'une maladie cardiaque terminale ?

Tableau 7-10

Exemples de coûts de traitements « acceptés »

En dollars par cas (sauf indication contraire)

Alimentation totale par voie parentérale	110 000 *
Hémodialyses d'entretien	25 000 *
Traitement de l'hémophilie	10 000 *
Traitement du cancer	30 000 *
Troubles psychiatriques à l'adolescence	185 000
Traitement du SIDA	40 000 à 140 000
Greffe de moëlle	100 000
Traitement des grands brûlés	100 000
Pontages coronariens	25 000
Traitement d'hémorragies variqueuses	18 400

* En dollars par année par cas.
SOURCE R. W. Evans, « The heart transplant dilemma ».

Au lieu de simplement se demander combien coûte une nouvelle technique, on devrait plutôt s'efforcer de trouver une réponse à ces questions, c'est-à-dire chercher à déterminer combien on peut se permettre de dépenser pour traiter un patient qui est train de mourir, quelle que soit la nature du traitement requis (R. W. Evans, 1985). Il est certes important que les régimes publics d'assurance abordent sans détour le problème de l'affectation et du rationnement des ressources, mais dans le contexte du montant global que nous pouvons nous permettre de consacrer au soin des mourants et en tenant compte de la valeur de la vie humaine. Il convient de souligner que les 4,9 % de bénéficiaires du programme Medicare qui sont décédés en 1978 ont été responsables de 27,9 % des dépenses totales du programme, et que 30 % des coûts encourus pour ces malades ont été engagés au cours des 30 derniers jours de leur vie, 46 % au cours des 60 derniers jours et 77 % pendant les six derniers mois de vie (Lubitz et Prihoda, 1984; Scitovsky, 1984). De toute évidence, la mort est un processus coûteux.

Enfin, dans l'évaluation de la technologie nouvelle, les comparaisons de coûts ne devraient *pas* être limitées à quelques autres techniques courantes, mais devraient plutôt porter sur l'ensemble des traitements coûteux destinés aux mourants. Les méthodes globales de traitement comme celles qui sont utilisées pour les personnes atteintes d'un cancer doivent être prises en compte au même titre que les diverses techniques spécialisées existantes. Trop souvent, nous avançons des arguments à l'encontre de techniques nouvelles à partir d'un examen des coûts associés à d'autres techniques spécifiques. Notre base de comparaison doit être élargie. Si nous ne pouvons nous permettre de faire des transplantations cardiaques, il n'est que juste de remettre en question les autres traitements « acceptés » dont les avantages sont inférieurs ou égaux aux greffes du cœur. Dans nos efforts pour élaborer une politique cohérente en matière de soins de santé, il ne faut pas hésiter à remettre en question le statu quo.

Conclusion

Aux États-Unis comme au Canada, les responsables de la politique en matière de soins de santé se butent à certains problèmes particulièrement complexes. Aux États-Unis, les soins à offrir aux plus démunis et les soins prolongés sont des questions qui ont soulevé un fort débat, mais très peu de solutions réalistes et politiquement acceptables ont été proposées à leur sujet (U.S. Department of Health and Human Services, 1981; Somers, 1982 et 1985; Davis et Rowland, 1986; Blumenthal et coll., 1986). Le Canada fait face sensiblement aux mêmes problèmes en ce qui a trait aux soins prolongés (Kane et Kane, 1985*b*). Dans les deux pays, on semble quelque peu perplexe devant les suggestions des politiciens qui veulent « laisser la société décider ». En matière de soins de santé, on ne sait trop comment la société peut décider. Ainsi, comment pouvons-nous être certains qu'une politique nationale en matière de santé publique traduit l'opinion de la majorité ? (Crawshaw et coll., 1985.) Les gouvernements fédéraux des deux pays semblent réagir davantage aux arguments des lobbyistes qui représentent des groupes d'intérêts particuliers.

Aux États-Unis, plusieurs mouvements de « consultation populaire » se sont constitués pour obtenir le point de vue des milieux directement concernés relativement aux questions prioritaires dans le domaine des soins de santé. Des initiatives du genre ont vu le jour dans les États de l'Oregon, du Maine, du New Jersey, du Wisconsin, de Washington, de la Californie et de l'Idaho. L'État de l'Oregon a joué le rôle de chef de file en organisant une conférence sur les soins de santé à l'intention des

personnes défavorisées – The Governor's Conference on Health Care for the Medically Poor (Crawshaw et coll., 1985). Un groupe de travail a par la suite été créé pour sensibiliser le public aux questions d'éthique et parvenir à un consensus à leur sujet. En 1982, une seconde conférence a été organisée dans cet État, au cours de laquelle on a soulevé deux questions fondamentales : 1) Quelle valeur la société accorde-t-elle aux thérapies coûteuses par rapport aux services de prévention qui ont fait l'objet de coupures successives dans les budgets gouvernementaux ? 2) Le rationnement tacite actuel des soins de santé ne pourrait-il se faire de manière explicite et conformément aux valeurs de la société ? Comme le laissent voir ces questions, les entreprises de consultation du genre de celle menée dans le cadre du projet Oregon Health Decisions poursuivent de nobles objectifs.

Il me semble que nous devons viser à atteindre un certain équilibre dans les types de services de santé qui sont offerts au public. On ne peut ni ne devrait faire valoir des arguments à l'effet que certains groupes de la population, comme les personnes âgées, ont l'obligation de mourir et de céder la place. C'est le genre de solution que le gouverneur du Colorado, Richard Lamm, préconise pour réduire le fardeau économique disproportionné imposé par certaines personnes dans notre société (Friedman, 1985). Le gouverneur Lamm s'est servi récemment du même argument concernant les personnes dont l'état de santé exige des soins extrêmement coûteux. C'est là une façon simpliste de voir les choses qui, malheureusement, n'aide en rien l'élaboration d'une politique cohérente en matière de soins de santé. De telles idées ne peuvent qu'engendrer animosité et hostilité, et polariser l'opinion des gens. Je suis fermement convaincu que l'accent doit être mis sur une *répartition* équilibrée des services de santé à l'intention de la plus grande majorité, en tenant compte des *contraintes économiques* du moment. Nous n'avons encore pris aucune des mesures nécessaires à cette fin. Les contraintes économiques demeurent ambiguës, les divers groupes de bénéficiaires sont peu connus, à l'exception de ceux qui se font le plus entendre, et l'éventail des services est à peine défini.

Dans nos efforts pour trouver une réponse à ces problèmes extrêmement complexes, nous ne devons pas oublier que ceux-ci donneront naissance à de nouveaux problèmes – parfois encore plus difficiles à résoudre que ceux auxquels nous nous attaquions au départ. Selon moi, les sujets les plus importants à considérer sont les suivants : 1) l'efficacité par rapport aux coûts; 2) le conflit entre les générations; 3) les coûts sociaux; et 4) le serment d'Hippocrate.

Comme je l'ai déjà mentionné, le rapport coût-efficacité est le critère le plus sensé sur lequel fonder les décisions relatives à l'affectation et au rationnement des ressources. En pratique toutefois, ce critère est discriminatoire envers les personnes âgées et les personnes invalides. Il fait ressortir la nette contradiction qui existe entre deux des objectifs visés : le souci d'équité et la nécessité de dispenser les services de santé qui profitent au plus grand nombre et qui coûtent le moins cher. Il est possible que l'on ait, dans certains cas, à mettre de côté les considérations de coût-efficacité par souci de justice, mais ce faisant, on pourrait compromettre sérieusement la valeur du critère.

Le conflit de générations dont il est question ici provient du fait que les jeunes sont nettement avantagés par rapport aux personnes plus âgées dans la concurrence qui s'exerce pour l'obtention des ressources disponibles dans le domaine des soins de santé et des services sociaux. Les jeunes peuvent parfois être aussi fortement désavantagés, notamment les enfants présentant des anomalies congénitales, puisqu'ils sont incapables de défendre leurs intérêts. Malgré tous nos efforts, il est possible qu'on juge que la vie d'une personne âgée vaille moins que celle d'une jeune personne. Une telle opinion peut être justifiée dans le cas de certaines interventions médicales – entre autres pour les éventuels bénéficiaires de greffes du cœur – mais pas toujours (Merriken et Overcast, 1985; Overcast et coll., 1985)[5]. Jusqu'à quel point pouvons-nous affecter une part plus grande des ressources aux soins de santé des personnes âgées tout en respectant nos autres obligations ? La réponse à cette question nous aiderait certainement à tracer les lignes de démarcation des zones conflictuelles pour les générations à venir.

On entend souvent dire que les soins coûteux destinés aux malades ou aux accidentés graves ont pour avantage net de ramener ces patients à un état productif. Bien que cet argument soit fondé en partie, ce n'est pas toujours le cas. Un grand nombre de personnes qui survivent à ce genre d'événements ne sont plus « productives » dans le sens habituel du terme. Elles sont souvent incapables de travailler, parfois par choix mais le plus souvent parce qu'elles ne peuvent plus exercer leur activité habituelle. Compte tenu de cela et de l'accent que l'on met à l'heure actuelle sur les budgets fixes dans le secteur de la santé, il est de plus en plus évident que la vie humaine n'a que peu de valeur. De fait, les personnes qui bénéficient de ces opérations de sauvetage tombent souvent à la charge de la société. Les personnes invalides représentent 11 % des bénéficiaires du programme Medicare (OTA, 1984*a*).

Enfin il importe de réévaluer l'interprétation littérale que nous donnons au serment d'Hippocrate. Le rôle du

médecin ne se limite pas seulement à redonner la santé aux malades, mais aussi à aider les personnes gravement malades à faire face à la situation et à prêter assistance aux mourants. La plupart des médecins sont formés uniquement à remplir le premier de ces trois rôles distincts – guérir. Ils ont besoin d'orientation et de formation pour apprendre à aider certains patients à assumer leur condition et d'autres, à mourir.

Pour conclure, j'aimerais rappeler que l'avenir ne sera pas une simple transposition du passé. Les contraintes économiques nous obligeront à pratiquer une médecine fort différente de celle à laquelle nous avons été habitués jusqu'ici. Il nous faut donc rajuster nos attentes en fonction de cette nouvelle réalité et nous efforcer de mieux informer le public à cet égard, tout en le faisant participer à la prise des décisions les plus appropriées dans le domaine des soins de santé. Une nouvelle association doit prendre forme entre le corps médical, les responsables de la politique en matière de soins de santé et le public.

Raisa B. Deber

On m'a demandé de répondre à la question suivante : Serait-il possible d'établir des lignes directrices régissant l'acquisition et le financement de nouveau matériel de haute technologie ?

La nature du problème

En médecine, la technologie est, comme le spectre de Banquo, un convive indésirable. Dans la plupart des autres secteurs, la technologie est perçue comme un instrument permettant de réduire les coûts et d'accroître la productivité – même si depuis la catastrophe de Three-Mile Island, l'idée que la chimie améliore nécessairement notre vie suscite moins d'enthousiasme. Cependant, comme l'a fait remarquer David Banta, la technologie appliquée en médecine clinique exige des investissements considérables et, habituellement, les discussions au sujet de la technologie médicale portent sur le choix des meilleurs moyens d'en contrôler l'utilisation. La tâche n'est pas facile. J'ai le sentiment que ce n'est pas par hasard si M. Banta a choisi d'intituler : « L'apprenti sorcier », le bulletin sur l'évaluation de la technologie qu'il a lancé en collaboration avec d'autres, bien qu'il n'ait certainement pas voulu laisser supposer que Mickey Mouse tenait le rôle de l'évaluateur.

On peut certainement s'interroger sur la rentabilité de la plupart des techniques qui ont été appliquées jusqu'à présent en médecine; par exemple, le coût d'un cœur artificiel par année de vie gagnée est astronomique. Certains progrès technologiques ont peut-être même fait plus de mal que de bien. Ainsi, les effets iatrogènes des radiographies inutiles peuvent, dans certains cas, s'avérer plus néfastes que les avantages d'un diagnostic plus précis. Beaucoup de gens ont vu dans le recours à l'évaluation de la technologie la solution indiquée pour prévenir la diffusion abusive de la technologie et empêcher l'apparition, dans les centres commerciaux, de chaînes offrant « une tomographie en quelques secondes seulement ». Malheureusement, il semble difficile de déterminer la meilleure manière d'effectuer de telles évaluations (surtout quand la cible se déplace constamment). Les partisans de l'adoption des techniques nouvelles tentent à l'heure actuelle de solutionner les problèmes de méthodologie qui se posent. Ils cherchent également comment on pourrait faire en sorte que les résultats de ces évaluations servent à orienter plus rationnellement les politiques dans le domaine de la santé – qui semblent parfois obéir à des motifs sentimentaux ou favoriser la méthode prônée par le groupe de médecins et d'administrateurs hospitaliers le plus astucieux (Banta, ed., 1982).

À première vue, le système de soins de santé en place au Canada constitue un « laboratoire » des plus intéressants en ce qui a trait aux lignes de conduite qui devraient s'appliquer à l'évaluation de la technologie. Aux termes de la Constitution canadienne, les soins de santé relèvent de la compétence des provinces. Le gouvernement fédéral intervient au niveau du financement des services et – en bon papa-gâteau – pour préciser les conditions qui seront assorties à l'octroi des fonds. La Loi canadienne sur la santé stipule que les régimes provinciaux doivent satisfaire à cinq critères : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité; tous les résidants doivent avoir accès à l'ensemble des « services de santé assurés » (selon la définition contenue dans le règlement). La Loi confère aux gouvernements provinciaux une grande latitude (qui souvent ne leur suffit pas) pour gérer le régime. Comme vous le savez, le régime canadien d'assurance-santé englobe tous les services fournis par les médecins et les hôpitaux qui sont nécessaires sur le plan médical. Les régimes publics supportent la presque totalité des coûts des services assurés et les gouvernements provinciaux financent presque entièrement les hôpitaux; ils ont ainsi un droit de regard pratiquement exclusif sur la gestion du régime d'assurance-santé. Étant au Canada l'unique pourvoyeur de fonds, l'État est bien placé pour influencer la politique de la santé, contrairement à ce qu'on peut observer aux États-Unis. En outre, le contrôle exercé par les autorités gouvernementales sur la prestation des services de santé ne rencontre pas beaucoup de résistance idéologique; les Canadiens ont

traditionnellement accepté l'intervention de l'État. En théorie, il devrait donc être relativement aisé de centraliser le pouvoir d'orienter les politiques et, en supposant que les gouvernements provinciaux aient la volonté politique requise, ils devraient être en mesure d'agir fermement sur les leviers de commande (en grande partie économiques) pour contrôler les coûts des services de santé (Deber et Vayda, 1985).

Que faisons-nous pour trouver une solution ?

En Ontario, le ministère de la Santé est, en principe, bien placé pour contrôler la demande de nouvelles technologies. Les hôpitaux sont tenus d'assumer une partie des dépenses en capital, mais le Ministère prend en charge le reste et, de cette façon, s'assure un droit de regard sur les nouveaux programmes. Le gouvernement absorbe la presque totalité des frais d'exploitation et peut ainsi faire échec à l'établissement de nouveaux services qu'il désapprouve en refusant de défrayer des coûts d'exploitation supplémentaires. (L'achat non autorisé d'un appareil de tomographie a grevé pour des années le budget d'un établissement hospitalier, ce qui a par la suite servi de leçon aux autres institutions.) En outre, le Ministère a exigé que toutes les demandes de plus de 25 000 dollars en vue de l'établissement de nouveaux programmes ou de l'expansion de programmes existants reçoivent, quel que soit leur mode de financement, son approbation expresse. Au cours des dernières années, ces demandes ont été étudiées à un palier intermédiaire et classées selon un ordre de priorité par des organismes consultatifs régionaux, les Conseils de santé de district. Les requêtes qui ont obtenu une cote supérieure n'ont pas automatiquement reçu le financement recherché, mais celles qui ont obtenu une cote inférieure ont habituellement été rejetées.

En supposant qu'il soit animé d'une volonté politique suffisante, le gouvernement de l'Ontario a certainement la possibilité de bloquer tout projet d'acquisition de nouvelle technologie qu'il ne juge pas compatible avec les priorités régionales (ou provinciales). Dans quelle mesure a-t-il réussi à user de son pouvoir en ce domaine ? Comme on pourrait s'y attendre, la réponse à cette question est loin de trancher catégoriquement dans un sens ou dans l'autre. Ainsi, le gouvernement ontarien a interdit l'utilisation de systèmes de tomographie dans les cabinets de médecin et refusé de supporter les coûts d'exploitation dans les hôpitaux de systèmes dont l'achat n'avait pas été autorisé. Par suite de cette politique, le rapport entre le nombre de systèmes de tomographie et le nombre d'habitants est beaucoup plus faible en Ontario qu'aux États-Unis. Cependant, le gouvernement ontarien a dû réviser à plusieurs reprises sa politique au sujet des systèmes de tomographie, (marquée, à chaque occasion, par une augmentation du nombre de systèmes à acquérir); encore aujourd'hui, des pressions sont exercées en vue de faire l'acquisition d'un plus grand nombre de ces systèmes (Wodinsky et coll., 1985). En ce moment, la tomographie par résonnance magnétique nucléaire est la technologie à la mode; et l'histoire semble se répéter. La demande pour les techniques de pointe ne connaît pas de relâche, et la politique suivie par le gouvernement continue d'être de nature réactive – certains disent que les autorités se contentent de « limiter les dégâts ». Certes, l'acquisition de matériel de haute technologie n'a pas été, jusqu'ici guidée par une procédure d'évaluation bien établie, et rien ne laisse supposer que des changements importants se préparent à ce niveau. À vrai dire, mes recherches actuelles sur l'acquisition de nouvelles technologies par les hôpitaux ontariens ont fait ressortir jusqu'à ce jour qu'*aucun* organisme central – qu'il s'agisse de l'Association des hôpitaux de l'Ontario ou du ministère ontarien de la Santé – n'est suffisamment informé, même de la nature des services offerts, pour qu'il soit possible d'effectuer une planification systématique à l'échelle provinciale. Vers la fin de 1985, le ministère de la Santé de l'Ontario a finalement entrepris de répertorier les divers services qui sont actuellement offerts dans les hôpitaux de la province, de sorte que cette lacune évidente sera peut-être bientôt corrigée. Jusqu'à présent, avec beaucoup de bonne volonté et d'enthousiasme, les hôpitaux ont fait ce qu'ils jugeaient bon de faire, et bien peu de personnes de l'extérieur savent de quoi il s'agit en réalité. Des hôpitaux situés à proximité les uns des autres réclament encore des installations semblables et, si leurs administrateurs sont suffisamment habiles politiquement, ils parviennent même à les obtenir. Deux des trois systèmes de tomographie par résonnance magnétique nucléaire présentement installés en Ontario se trouvent dans des hôpitaux de London. Sans vouloir jeter le discrédit sur cette localité ou sur les médecins compétents qui y pratiquent, on peut douter que cette situation existerait s'il y avait une planification véritablement « rationnelle » des services de santé.

Quelles sont les contraintes ?

Pourquoi les gouvernements ont-ils connu tant de difficultés ? Pourquoi craignent-ils d'acquérir de la technologie médicale alors qu'ils incitent d'autres secteurs de l'économie à perfectionner de plus en plus les techniques qu'ils emploient ? Pourquoi la technologie médicale semble-t-elle contribuer inévitablement à accroître les coûts tandis que, dans d'autres domaines, elle permet de réaliser des économies considérables, comme nous avons pu le voir dans l'industrie des puces électroniques ?

En général, les requêtes présentées par les hôpitaux pour acquérir du matériel de haute technologie reflètent les

exigences du corps médical, lesquelles sont liées aux désirs et aux besoins exprimés par les patients ainsi qu'à des considérations plus terre-à-terre comme le revenu et le statut professionnel. M. Banta a mis en évidence la distinction qui existe entre les techniques transitoires (ou non définitives) et les techniques curatives. Il a prédit la multiplication des premières qui, à grands frais, accroîtront l'efficacité marginale du traitement d'un état pathologique donné. Il est probable que cette prédiction se réalisera. Selon la « loi de l'incertitude médicale » d'Aaron Wildavsky (1977), il y a toujours un traitement supplémentaire à essayer, et la littérature et la mythologie nous montrent en général que l'homme est peu disposé à accepter la mort. Au fur et à mesure que la technologie nous offrira de nouveaux moyens de repousser l'échéance finale, nous aurons de plus en plus de difficulté à refuser de recourir à ces moyens. L'histoire de Faust a toujours semblé pouvoir s'appliquer à la politique de la santé. (En fait, l'histoire de Faust peut être interprétée comme présentant un argument de poids contre l'hypothèse de l'invariabilité du temps dans la prise de décisions; les préférences révélées de Faust, dans l'optique d'une actualisation des avantages futurs, variaient de toute évidence avec le temps.) En outre, le phénomène des « vies identifiables » entre en jeu pour inciter la population à accepter les technologies non définitives. Dans leur ouvrage sur la difficulté de faire des choix « tragiques », Calabresi et Bobbitt (1978) observent qu'il est presque impossible pour la société d'opter explicitement pour une limitation des services. Nous pouvons décider qu'il n'est pas rentable d'installer des radio-balises de détresse dans les avions de tourisme (ou de mettre en place de meilleurs systèmes de contrôle de la circulation aérienne dans les petits aéroports). Mais quand un petit avion s'écrase dans la forêt, nous sommes pourtant prêts à consacrer beaucoup plus d'argent aux opérations de recherche et de sauvetage. De même, nous pouvons juger qu'il en coûte trop cher pour améliorer la sécurité dans les mines; les coûts envisagés ne permettraient que de sauver des vies sur papier. Par contre, bien qu'ils soient souvent beaucoup plus élevés, nous assumons volontiers le coût du sauvetage de mineurs qui se trouvent emprisonnés sous terre, parce qu'il s'agit de personnes réelles, non de simples statistiques. Quand on peut identifier les personnes qu'une intervention pourrait sauver, il devient extrêmement difficile de refuser de leur porter secours sous prétexte que les efforts nécessaires ne se justifient pas sur le plan de la rentabilité. Peu importe ce qu'indiquent les rapports coût-efficacité, il serait très difficile dans beaucoup de sociétés (y compris la société canadienne) de refuser de procéder à des transplantations cardiaques ou d'effectuer des dialyses à l'hôpital pour des raisons purement économiques à partir du moment où il est démontré que ces interventions peuvent donner des résultats satisfaisants. De telles décisions peuvent paraître émotives, intuitives ou politiques, mais nous devons reconnaître que la rentabilité n'est qu'une des valeurs qui intervient dans notre société, et qu'elle n'est pas nécessairement la plus importante.

Considérons, par exemple, le cas de la défaillance rénale aiguë. Aux États-Unis, la dialyse est devenue un service assuré quand on a amené à la Chambre des représentants même des patients souffrant de défaillance rénale pour leur faire subir une dialyse; la population a alors vu des personnes réelles qui étaient condamnées à mourir sans ce traitement. Ces victimes des premiers jours étaient très motivées et avaient un taux de co-morbidité peu élevé. La plupart avaient la possibilité de retourner à une vie active. Les patients plus âgés et plus malades ont pu bénéficier sans frais de dialyses rénales après que ce traitement ait été ajouté à la liste des services assurés en vertu du régime public d'assurance-santé. Ces personnes avaient moins de chances de retourner au travail, elles nécessitaient davantage de services de soutien et leur traitement coûtait plus cher. Les premières estimations des coûts du programme de traitement de cette maladie se sont avérées très éloignées de la réalité, ce qui a malheureusement contribué à écarter toute possibilité d'extension du régime national d'assurance-santé aux États-Unis. Les responsables de l'élaboration des politiques ont tiré de cette expérience une conclusion regrettable : les coûts de tout programme de traitement garanti dépasseront presqu'à coup sûr les prévisions parce qu'il sera impossible de limiter le nombre de patients traités. À notre époque, où chartes et commissions des droits de la personne sont à l'ordre du jour, il pourrait être non seulement maladroit sur le plan politique mais aussi illégal d'exercer une discrimination fondée sur des caractéristiques comme l'âge ou le handicap dans l'affectation de ressources médicales rares, même si les probabilités de succès sont moins grandes pour de tels patients; il suffira qu'il subsiste une possibilité de succès, si mince soit-elle. Je laisse aux juristes le soin de s'interroger sur les conséquences des mesures de rationnement des services fondées sur des critères autres que le hasard ou la règle du « premier arrivé, premier servi ». La préoccupation s'est donc déplacée du miracle des vies sauvées au coût énorme de ces miracles. Peut-on s'étonner de ce que ceux qui en assurent le financement, y compris les gouvernements, réagissent devant les progrès de la technologie de la même façon que le serveur dans la tirade que voici :

> Un client fit tout un boucan
> Quand il vit dans son ragoût une grosse souris flottant.
> Le serveur lui dit : pour l'amour du ciel, cessez de crier
> Et votre trouvaille en tous sens ainsi agiter
> Car tout le monde en voudra une également. (Traduction.)

On considère peut-être que la seule façon de faire face à la situation soit de chercher à gagner du temps. Les requêtes peuvent être différées, on peut chercher à économiser des ressources et le système de soins de santé risque de cesser d'évoluer. Il doit certes y avoir une meilleure solution.

Que peut-on faire ?

Comme l'a indiqué David Banta, le recours aux méthodes d'évaluation de la technologie constitue, du moins en principe, la meilleure solution. Si nous devons rationner des ressources rares, examinons alors les services qui sont offerts et dispensons ceux qui promettent de produire le plus d'effet en regard des ressources investies. De cette façon, nous tirerons le maximum d'avantages des services de santé. Permettez-moi de me faire l'avocat du diable et de donner quelques raisons pour lesquelles cette approche risque, au mieux de n'avoir qu'un succès limité.

Premièrement, l'évaluation est, en elle-même, une entreprise difficile; les essais aléatoires contrôlés – « l'étalon or » en matière d'évaluation – se révèlent souvent coûteux, demandent beaucoup de temps et sont difficiles à interpréter. En outre, les partisans d'un traitement donné soutiendront souvent que l'évaluation est contraire à l'éthique. Laissez-moi vous relater l'anecdote suivante. Un éminent chirurgien présentait sa nouvelle méthode à un auditoire fort nombreux. Du fond de la salle une petite voix se fait entendre pour lui demander s'il avait mené des essais aléatoires contrôlés. « Quoi ? », s'exclame le médecin, « vous me demandez si j'ai offert à la moitié des patients de bénéficier de ma nouvelle méthode et si j'en ai privé l'autre moitié ? » « Oui », répond calmement l'intervenant. « Mais ce serait condamner la moitié des patients à une mort certaine. » La petite voix, se faisant de nouveau entendre, demande : « oui, mais quelle moitié ? »

Évaluer une méthode seulement après qu'elle a été diffusée, c'est comme fermer la porte du laboratoire après que le rat s'est échappé. Des coûts irrécupérables auront été engagés et même une méthode jugée inefficace pourra continuer d'être utilisée en raison des intérêts en cause et des habitudes acquises. Mais il est difficile d'empêcher que les nouvelles méthodes soient appliquées avant d'avoir été évaluées. L'argument de la nécessité incite fortement à la diffusion prématurée; devant un patient bien réel qui pourrait être mort, seuls les moins sensibles d'entre nous oseraient critiquer l'implantation d'un cœur artificiel ou la transplantation du cœur de babouin de Baby Fay sous prétexte que de telles interventions sont prématurées et injustifiées. Je crois comprendre qu'aux États-Unis, des intérêts qui s'opposaient à l'évaluation des nouvelles technologies ont également invoqué des arguments fondés sur l'entrave au commerce. Ceux qui s'efforcent de démontrer la nécessité de procéder à des évaluations rigoureuses se trouvent peut-être souvent dans la situation du roi Canut : quelle que soit la valeur de leurs arguments, ils n'arrêtent pas la marche des événements.

Il nous faut également faire une distinction entre deux situations où la valeur probable d'une intervention est faible, c'est-à-dire – un peu comme à la loterie – entre le cas où tous les bénéficiaires peuvent s'attendre à un résultat modeste et le cas où il y a une faible probabilité d'obtenir un résultat extraordinaire. Les deux situations ne se ressemblent pas et nous embrouillons les choses en ignorant cette distinction. Le deuxième cas, en particulier, soulève la question de l'autonomie du patient. Beaucoup de gens ne tiennent pas à servir de cobayes. Des économies importantes pourraient être réalisées et des soins de meilleure qualité être dispensés si ces patients n'avaient pas à subir des interventions « héroïques » pénibles. Les unités de soins palliatifs ont été mises sur pied à l'intention de ces patients. Mais il y a aussi ceux qui n'abandonnent jamais, et les personnes qui travaillent dans leur entourage peuvent citer en exemple des cas où ils ont fait preuve d'un courage indomptable. Leur fin est souvent tragique, comme peuvent le laisser prévoir les probabilités. En tant que proche parente d'un patient qui a manifesté une telle ténacité, je peux vous dire que le recours à la technologie médicale de pointe, grâce à laquelle cette personne a vécu plus longtemps, est un bienfait dont bon nombre se passeraient volontiers. Toutefois, plusieurs estiment qu'il ne serait pas plus indiqué de refuser à des patients consentants la possibilité de vivre, pourvu que l'intervention ait quelque chance de réussir. Pour ma part, je trouve regrettable qu'une aussi grande part de nos efforts en vue de limiter les coûts de la technologie aient été axés sur la prétendue nécessité d'interdire les interventions spectaculaires, où se joue la vie ou la mort, plutôt que sur la limitation des traitements inefficaces.

Bref, je suis d'avis que les recommandations fondées principalement sur un constat d'avantages marginaux insuffisants risquent d'être controversées et seront probablement rejetées, notamment lorsque les résultats obtenus sont basés sur l'attribution d'une valeur bien définie à la vie humaine. Ceci dit, quelles stratégies ont alors les meilleures chances de succès ?

Une stratégie qui permettrait peut-être de réaliser des économies serait de faire porter nos efforts sur les interventions qui ne produisent qu'un avantage marginal nul ou négatif (par exemple, les radiographies thoraciques répétées). Il est vrai qu'une radiographie thoracique est relativement peu coûteuse, mais comme cette intervention

est fréquente, il serait possible de faire des économies considérables. Il y aurait également lieu de rationaliser le recours aux analyses de laboratoires, étant donné que, dans bien des cas, ces analyses n'aident guère le médecin à établir un diagnostic. Cependant, il sera probablement plus difficile de tenter de limiter les interventions qui, malgré leur coût élevé, ont un avantage marginal réel. Nous pourrions les retirer de la liste des services assurés, laissant ainsi la possibilité d'y accéder seulement à ceux qui sont en mesure d'en assumer le coût (plutôt qu'à ceux qui en ont le plus besoin). Voilà une politique qui, je l'espère, présentera peu d'attrait pour la majorité des Canadiens, même si elle semble prendre de plus en plus d'importance aux États-Unis.

Si vous me permettez de sortir maintenant ma boule de cristal – que j'ai empruntée à l'apprenti sorcier pour cette occasion – je dirai qu'à mon avis, les progrès technologiques susceptibles de modifier l'exercice de la médecine clinique dans l'avenir seront fondamentalement différents des matériels de haute technologie, très coûteux, qui nous sont proposés à l'heure actuelle. Nous serons appelés à faire face à de nouveaux dilemmes; ces nouvelles techniques pourront véritablement nous faire économiser des ressources, mais elles iront peut-être à l'encontre des valeurs morales de notre société. Je songe en particulier aux techniques visant à modifier l'ADN et aux conséquences qu'elles peuvent avoir dans le domaine des maladies héréditaires. Nous sommes déjà en voie d'identifier les gènes associés à diverses maladies héréditaires. En recourant simultanément à la consultation génétique, à la consultation prénatale et, peut-être, à l'avortement sélectif, nous devrions pouvoir réduire l'incidence de maladies comme la fibrose kystique, la chorée de Huntington et l'anémie à hématies falciformes, voire même les éliminer entièrement. Des questions d'éthique ne manqueront certes pas de se poser (par exemple, comment se fera la sélection des traits indésirables), mais les avantages découlant de ces interventions nous paraissent évidents. Nous devrions également pouvoir disposer de sources à la fois plus importantes, moins coûteuses et probablement plus sûres pour certaines substances biologiques comme l'insuline d'origine humaine, le facteur de croissance humaine ou le facteur VIII, produites à partir de bactéries coopératives. Dans un avenir qui n'est pas tellement éloigné, les hémophiles pourront recevoir un traitement prophylactique sans crainte de contracter une hépatite ou le SIDA, et les diabétiques seront peut-être à l'abri des complications à long terme qui peuvent découler de la présence d'impuretés dans les stocks d'insuline actuels.

Grâce aux progrès de la biologie, nous comprendrons probablement bientôt la structure moléculaire de nombreuses maladies, y compris celle des principales psychoses. Nous parviendrons peut-être à « guérir véritablement » les maladies mentales ou le diabète, ou même le cancer. Des médicaments seront vraisemblablement mis au point pour traiter certaines maladies comme la schizophrénie et la dépression. Dans d'autres cas, nous pourrons peut-être modifier les gènes et greffer aux patients des cellules sans imperfections. Encore une fois, de telles interventions soulèvent de graves questions au plan de la morale et de l'éthique, mais les économies susceptibles d'en résulter sont considérables. Par conséquent, les conférences qui se tiendront dans l'avenir sur le thème de la technologie devront peut-être réunir des spécialistes de l'éthique plutôt que des économistes.

Enfin, une dernière application de la technologie – la prise de décisions assistée par ordinateur – modifiera également les règles de l'exercice de la médecine clinique (Reggia et Tuhrim, ed., 1985). Certains travaux récents, y compris les miens, sur le processus décisionnel en médecine indiquent que ce processus consiste en grande partie à reconnaître un modèle familier (Deber, à paraître). On a ainsi tendance à définir la compétence comme étant la conjugaison de certaines aptitudes avec un ensemble de connaissances. Les faits montrent de plus en plus qu'au-delà d'une compétence de base, nous ne pouvons enseigner les aptitudes requises pour résoudre des problèmes. Ainsi, il n'y a guère de corrélation entre les résultats obtenus par les étudiants en médecine à différents problèmes posés lors d'examens. Il ne fait pas de doute que la capacité de recueillir les antécédents d'un cas particulier ne peut être mesurée hors contexte. De même, des cardiologues chevronnés n'ont pas mieux réussi que des étudiants en médecine à trouver une solution à des cas en néphrologie; ils ne semblaient pas pouvoir mettre à profit leurs aptitudes dans un domaine spécialisé aussi rapproché du leur. Bref, il semble que l'amélioration des résultats en médecine clinique soit non seulement liée aux aptitudes des praticiens, mais aussi à la qualité de l'information qui est mise à leur disposition.

Dans un sens, cette constatation est inquiétante. Certains pourront préconiser l'abandon des programmes d'enseignement théoriques et le retour à la formation pratique. Un examen plus attentif nous amène à penser que nous n'avons aucune assurance que les cliniciens sélectionnent à l'heure actuelle les « bons » modèles ou puisent les renseignements appropriés parmi l'ensemble des connaissances qu'ils ont assimilées. Enfin, je suis d'avis que l'application des techniques reliées à l'intelligence artificielle, notamment celles sur lesquelles travaillent Ted Shortliffe et coll. à l'Université Stanford, fournira une aide précieuse aux médecins dans l'avenir. Permettez-moi de vous décrire un de ces systèmes, conçu

par Tim de Dombal et maintenant utilisé dans plusieurs hôpitaux au Royaume-Uni. Ce système vise à aider les médecins à diagnostiquer les causes d'une douleur abdominale aiguë. Pour mettre au point son système, le Dr de Dombal a analysé un grand nombre de cas portant sur des patients qui s'étaient présentés à l'hôpital en déclarant qu'ils souffraient d'une douleur aiguë à l'abdomen et pour lesquels un diagnostic définitif était disponible. Dans une première étape, les données recueillies ont été analysées pour relever les variables susceptibles d'aider à classer les patients selon les divers diagnostics rendus. (Certains facteurs auxquels on attribuait traditionnellement de l'importance se sont révélés n'être d'aucune utilité aux fins d'établir un diagnostic.) Une brève fiche de renseignements, qu'un médecin de service fatigué pouvait rapidement remplir au milieu de la nuit, a ensuite été mise au point. Un programme informatique peut alors être employé pour déterminer la probabilité d'un ensemble de diagnostics possibles. Jusqu'à présent, tout cela est très bien. Cependant, deux caractéristiques supplémentaires font que ce programme est encore plus utile et a plus de chances d'être adopté. Premièrement, le programme peut exposer son raisonnement, c'est-à-dire qu'il peut préciser sur quels éléments il s'est fondé pour établir une distinction entre, par exemple, l'appendicite et les calculs biliaires. Le clinicien a donc la possibilité d'accepter ou de rejeter le jugement de l'ordinateur. Deuxièmement, le programme énumérera sur demande tous les autres troubles de santé qui présentent des similitudes avec l'état pathologique du patient, par exemple, une appendicite accompagnée d'une douleur dans le quadrant supérieur droit. Les résultats obtenus avec ce programme se comparent avantageusement aux diagnostics rendus par les médecins les plus compétents, et le système ne connaît jamais de défaillance, c'est-à-dire qu'il n'est jamais distrait, fatigué ou irritable. Lors de ma visite à ce centre hospitalier, le programme n'avait jamais encore recommandé de renvoyer un patient chez qui on avait par la suite décelé une appendicite. En outre, le nouveau système s'est révélé particulièrement utile en ce qu'il a donné confiance aux jeunes médecins résidants appelés à poser des diagnostics au milieu de la nuit. Je me suis laissé dire que tous les coûts de mise au point du programme avaient déjà été largement récupérés par le biais des économies réalisées au chapitre du dépistage et du rejet des faux diagnostics positifs. La même méthode est en voie d'être appliquée à d'autres symptômes, comme les douleurs à la poitrine; un programme est par ailleurs en cours pour éventuellement mettre en application un service semblable dans les sous-marins américains afin d'étendre les connaissances du personnel médical militaire. Un groupe de chercheurs de l'Université Harvard travaille activement à concevoir des outils d'apprentissage qui remplaceront les manuels traditionnels, en se servant d'ordinateurs Macintosh, de techniques d'indexation complexes et de disques au laser. Au fur et à mesure que les cliniciens disposeront de nouveaux logiciels, ils pourront avoir accès à un plus vaste réservoir de connaissances. Ces techniques devraient être à l'origine d'une véritable révolution dans l'utilisation des tests, des méthodes de traitement et des ressources médicales en général.

Je dirai en conclusion, qu'il ne nous est pas donné de prédire l'avenir. De toute façon, les personnes qui possèdent un tel don sont condamnées à n'être pas crues. Cependant, nous connaissons tous des anecdotes sur les risques qu'il y a à faire des extrapolations linéaires. Je me souviens qu'à une époque lointaine, les villes craignaient d'avoir des difficultés énormes à se défaire des quantités prévues de crotin de cheval; personne n'avait alors imaginé l'avènement de l'automobile. Wildavsky (1979) a souligné qu'il est peut-être présomptueux de s'attendre à ce que les responsables des politiques puissent résoudre les problèmes qui se posent; nous pouvons au mieux espérer les remplacer par de nouveaux.

Je vous remercie de m'avoir accordé votre attention.

Discussion générale

Question : *Roger Evans a parlé de « recul de la technologie » mais peut-être eut-il été plus exact de parler de « recul des autorités publiques ». Il est un fait que dans notre centre de greffes en Alberta, on s'inquiète de plus en plus du rythme auquel nous adoptons de nouvelles technologies, mais il n'y a rien qui indique un ralentissement sur ce plan. Il est possible que les chercheurs aux États-Unis soient plus avancés que nous ou que le public y soit mieux informé. Lorsqu'il est question de la sécurité et de l'efficacité de ces nouvelles technologies, les autorités publiques se contentent-elles de suivre l'opinion publique ?*

Réponse : La question est plutôt de savoir dans quelle mesure elles la suivent. Il est très clair que la question des greffes a beaucoup suscité l'intérêt du public américain. Interrogés par sondage, les gens disent beaucoup de bien de ce concept. Ils sont favorables au progrès sur ce plan. Toutefois, les compagnies d'assurance refusent d'accroître les primes de façon à permettre à leur clientèle de recevoir des indemnités accrues ou d'introduire des formules de partage de coûts et des franchises pour faire assumer le fardeau supplémentaire par le patient. Et les hommes politiques disent ne pas vouloir augmenter les impôts. Si le public est bien disposé à l'égard de la

nouvelle technologie, les hommes politiques n'emboîtent pas nécessairement le pas.

Nous pourrions conclure qu'il est scandaleux que les greffes du cœur soient prises en charge par une assurance privée plutôt que par le régime public d'assurance-maladie. Ou encore, nous pourrions considérer qu'il s'agit là d'un rejet de la technologie de la part des autorités publiques. En fait, il est possible que cet esprit de grande ouverture face à la nouvelle technologie médicale, qui prédominait voilà 10 ans, se soit transformée en un courant de plus grand scepticisme.

En outre, il importe que nous fassions la distinction entre les autorités publiques qui adoptent cette attitude parce qu'elles sont réfractaires à la technologie proprement dite et celles qui le font par une volonté de restreindre les coûts des soins médicaux. La législation exigeant une attestation des besoins, en vigueur aux États-Unis, avait vraiment pour objet de limiter les coûts en capital de la nouvelle technologie. Et l'État de Victoria, en Australie, songe à adopter une législation du même genre non pas pour restreindre le coût en capital de la nouvelle technologie, mais pour limiter les dépenses des médecins rémunérés à l'acte, qui font appel à la nouvelle technologie.

Question : *Le mouvement en faveur de « la mort dans la dignité » n'est-il pas lui aussi anti-technologique ?*

Réponse : Ce type de réaction existe depuis assez longtemps. Il y a environ 15 ans, au cours de réunions comme celles-ci, qui regroupaient un auditoire analogue, les économistes de la santé du Royaume-Uni s'interrogeaient sur le bien-fondé de consacrer des sommes énormes aux technologies coûteuses comme l'hémodialyse. Si les ressources en santé sont limitées, nous devrions au moins appliquer une méthode rationnelle afin d'en restreindre l'utilisation, autrement dit en retenant par exemple l'âge du malade ou quelque autre critère explicitement défini plutôt que d'attribuer des ressources « à qui crie le plus fort ». Bien que l'on ne cesse de s'en prendre à la politique de restrictions de l'hémodialyse en vigueur au Royaume-Uni, celle-ci est sans doute moins scandaleuse que le fait de limiter les soins communautaires dans le cas des personnes âgées qui sont totalement négligées. Le problème se résume à un manque de ressources.

Question : *Les analyses de coûts-avantages et coût-efficacité ne serviront pas à grand chose à moins que l'information ne soit transmise non seulement aux autorités publiques mais également aux médecins et à l'ensemble de la population. Quelles sont les techniques qui existent pour faciliter la diffusion de l'information ?*

Réponse : Une base de données qui contient des éléments d'information sur les caractéristiques des tests médicaux permet aux médecins de savoir, avant de le prescrire, si un test est valable ou non. Cela permet d'éliminer des démarches superflues et peut sensiblement influencer le comportement du médecin. En outre, il existe d'autres mécanismes de soutien décisionnel qui peuvent éviter des hospitalisations inutiles.

Il y a également d'autres moyens d'exercer un contrôle sur la diffusion de la nouvelle technologie. Aux États-Unis, par exemple, nous avons fait en sorte que les centres médicaux soient remboursés selon des critères explicites. Pour être considéré comme centre de greffes, un centre médical doit répondre à un certain nombre d'exigences : volume, ressources humaines et normes de rendement. Nous n'allons cependant pas jusqu'à affirmer que nous n'avons pas besoin d'autres centres puisque nous en avons déjà trop. Nous essayons le mieux possible de limiter la croissance.

Question : *Quel genre de modèle le Canada devrait-il établir pour l'évaluation de la technologie ?*

Réponse : Il existe deux options : soit un modèle ouvert, géré par les autorités publiques, qui aurait essentiellement pour objet d'informer l'ensemble de la population, soit un modèle élitiste prévoyant que les spécialistes de la médecine et de l'évaluation de la technologie produisent les données nécessaires à la prise de décisions politiques. Les deux modèles sont réalisables, mais le premier serait de loin préférable.

Peut-être n'estimons-nous pas à leur juste valeur les systèmes déjà en place au Canada et aux États-Unis. Lorsque les résultats d'une étude définitive sur le coût-efficacité ont été rendus publics, le nombre de certaines interventions pratiquées par les hôpitaux a changé, et, dans certains cas, a pour ainsi dire été réduit à zéro.

Question : *Ne devrions-nous pas faire la distinction entre deux catégories de technologies : celles qui sont axées sur la population âgée et celles qui peuvent ou non concerner les personnes âgées ?*

Réponse : Il existe un véritable danger d'un retour à des modèles fondés sur l'évaluation du capital humain. Suivant ce type d'approche, toute technologie qui prolonge la vie d'une personne qui consomme davantage de services sociaux est essentiellement à rejeter. Cette idée d'évaluer la technologie selon le nombre d'années productives de vie qui restent à l'individu n'est plus acceptable.

Le docteur Banta a soulevé une question extrêmement importante lorsqu'il a demandé quels étaient les jugements de valeur qui devraient être utilisés dans l'évaluation de la technologie. Aux États-Unis, les décisions en matière de technologie sont prises par les compagnies d'assurance et par les instances politiques. Que les compagnies d'assurances privées aient maintenant commencé à couvrir les greffes du coeur, voilà qui est très révélateur. Elles le font parce que leur clientèle est disposée à assumer le coût additionnel qui s'y rattache. Le public s'est prononcé : c'est lui qui a décidé du sort de cette technologie.

Lorsque l'évaluation est faite par les instances politiques, on peut alléguer que les hommes politiques sont mal informés et assujettis à une foule de pressions indues, mais il reste qu'ils sont élus pour représenter le peuple. Les professionnels qui administrent la technologie, par contre, n'ont pas été élus. Leur rôle consiste à procurer des données fiables soit aux gens qui peuvent s'offrir ce genre de technologie soit à ceux qui ont été élus, de façon à ce qu'ils puissent décider s'il y a lieu de mettre au point la technologie.

Question : *L'évaluation de la technologie devrait-elle tenir compte des progrès susceptibles d'intervenir sur ce plan ?*

Réponse : Les technologies qui aujourd'hui sont coûteuses pourraient à l'avenir devenir plus abordables voire peu coûteuses. Roger Evans s'est pour la forme demandé comment Henry Ford aurait résolu les questions liées à la technologie. Le succès de Ford tenait à la mise au point de la technique de la production à la chaîne et à l'utilisation de pièces standards. Ce concept très simple de la diminution des coûts unitaires des articles produits à la chaîne a été redécouvert à la fois par des économistes et par les conseillers en administration au cours des années 70 et a été désigné par le terme de « courbe d'apprentissage ». Il est cependant peu probable que les modèles fondés sur la production à la chaîne se traduiront par des économies d'échelle dans l'application de la technologie médicale, du moins pas avant que nous ayons trouvé des robots qui prodigueront des soins infirmiers de qualité.

Étant donné le coût et la complexité de la technologie actuelle, notre réseau de soins de santé est devenu spécialisé et centralisé. Si l'on compare les prévisions faites quant aux besoins en lits d'hôpitaux, fondées sur la technologie d'hier, avec les besoins réels, on s'aperçoit qu'il existe un écart assez marqué vers le bas. À l'avenir, les laboratoires d'hôpitaux pourront servir uniquement aux épreuves hautement spécialisées. Les lasers, qui sont actuellement utilisés pour les tests et les interventions médicales, remplaceront peut-être certains types de pontages coronariens. Lorsque nous faisons des plans pour les 20 à 30 années à venir, nous ne devons pas perdre de vue qu'il se produira à l'intérieur du système des changements révolutionnaires, puisque la technologie elle-même est appelée à changer.

Question : *La discussion semble s'articuler autour de la haute technologie et laisser de côté la technologie mineure, qui porte sur l'interaction sociologique et offre des avantages communautaires aux personnes moins favorisées, qui dans certains cas sont des personnes âgées. Ne sommes-nous pas en train d'oublier cet aspect de la technologie ?*

Réponse : À supposer que nous disposions d'un système de valeurs pour l'évaluation de la technologie, il y a vraiment deux problèmes sur lesquels nous devons nous pencher : un problème majeur et un problème mineur. Le problème majeur est le suivant : au Canada, nous n'avons aucun mécanisme qui permette d'orienter l'utilisation de la technologie vers les domaines qui en tireraient un plus grand profit. En revanche, nous avons un système où les hôpitaux, les médecins et les services se font concurrence pour obtenir le dernier gadget ou pour appliquer la technique la plus récente et font intervenir tout un jeu d'influences politiques ou professionnelles pour parvenir à leurs fins. Par contre, il n'y a aucun moyen systématique de distribuer la technologie de pointe pour obtenir les meilleurs résultats. Le problème mineur consiste à savoir comment la technologie de pointe devrait s'intégrer à la vie quotidienne des médecins et des patients. Lorsqu'un nouvel appareil fait son apparition dans un hôpital, il devient un gadget pour les médecins, alors que les malades deviennent leur jouet. C'est peut-être une façon brutale de décrire la réalité, mais cela peut être très difficile pour les malades âgés qui ont très peu d'emprise sur ce qui leur arrive. Par conséquent, il ne suffit point que nous ayons une technologie de pointe, encore faut-il adapter le système de manière à ce qu'elle profite aux gens.

Ceci nous amène à évoquer la question de l'information à donner aux consommateurs. La question est de savoir jusqu'à quel point il faut informer le patient pour lui permettre de prendre des décisions concernant son traitement ? Comme beaucoup d'entre vous le savent peut-être, les instances qui gèrent l'aspect financier des soins de santé aux États-Unis ont récemment rendu publiques les statistiques sur la mortalité dans les hôpitaux partout dans le pays, sans cependant avoir fait aucun

effort pour tenir compte des variations dans la composition de la clientèle étudiée. Les représentants d'hôpitaux où les taux de mortalité sont plus élevés que la moyenne ne tardèrent pas à se montrer sur les écrans de télévision pour justifier leur situation. Les gens se sont demandés s'ils devraient continuer d'utiliser leurs propres hôpitaux et ont commencé à se poser de graves questions.

Si nous voulons vraiment que le consommateur soit mieux renseigné, l'initiative doit être laissée au médecin. Celui-ci, espérons-le, saura communiquer au patient toute l'information dont il a besoin pour prendre ses propres décisions. Mais cela exige peut-être une toute autre race de médecins et un type de formation en médecine différent de celui qui existe actuellement.

8 Limites financières et bioéthique

Le révérend Jack Gallagher

Le sujet dont j'ai choisi de traiter soulève de nombreuses questions, mais je me contenterai d'aborder brièvement trois d'entre elles.

D'abord, qu'entendons-nous par l'expression « contraintes économiques », dans le contexte du vieillissement et des soins de santé ? Les faits peuvent être présentés en termes fort simples : la proportion des personnes âgées au sein de la population canadienne ira vraisemblablement en s'accroissant au cours des décennies à venir; en règle générale, les personnes âgées requièrent plus de soins de santé et contribuent moins que les autres adultes à l'activité économique; les soins de santé deviennent de plus en plus coûteux, en raison notamment des progrès de la technologie médicale; le Canada est aux prises avec certains problèmes économiques, dont le chômage et les déficits croissants des gouvernements qui défraient les coûts des programmes de santé. La question suivante se pose donc : notre pays peut-il se permettre de fournir aux personnes âgées des soins de santé sans cesse plus coûteux ?

Je ferai valoir que mon exposé de la situation, jusqu'à maintenant, est passablement trompeur. Examinons d'autres faits. Notre capacité économique nous permettrait de produire beaucoup plus de biens et de services que ce n'est le cas à l'heure actuelle. Bien des gens en chômage aimeraient travailler. Un certain nombre de jeunes sont aptes et disposés à faire des études en médecine ou dans d'autres disciplines mais leur inscription à ces programmes est refusée parce que l'on considère que ces professions sont saturées. Notre potentiel agricole ou industriel n'est pas pleinement exploité. En quel sens, donc, nous est-il impossible d'accroître les soins de santé ? Ce n'est certes pas notre capacité de production qui est insuffisante. Nous pourrions dispenser davantage de soins de santé sans que cela n'amène une réduction de la production des autres biens et services.

D'un côté, il nous faudra accroître les soins de santé pour les personnes âgées; de l'autre, nous disposons de la capacité de production nécessaire pour le faire. Le problème réside dans le fait que nous sommes incapables d'adapter notre capacité de production aux besoins de la population. Les économistes eux-mêmes ne s'entendent pas sur la manière d'y parvenir et je ne prétends certainement pas pouvoir solutionner cette énigme. J'estime néanmoins qu'une remarque s'impose.

Si le financement des soins de santé pour les personnes âgées est un problème lié non pas à la capacité productive mais à l'exploitation du potentiel existant en fonction des besoins exprimés, il se peut que le problème se pose indépendamment du fait qu'il y ait accroissement du coût des soins de santé. Même si les coûts n'augmentent pas, il est possible que nous n'arrivions pas à canaliser notre potentiel productif pour fournir les soins de santé nécessaires. Par ailleurs, même si le coût des soins de santé s'accroît sensiblement, nous pourrons l'assumer si nous réglons le problème de l'adaptation de la capacité de production aux besoins réels. S'il y a lieu de se préoccuper de la question des soins de santé à dispenser aux personnes âgées, notre préoccupation ne doit pas porter sur le fait que les coûts de ces soins augmentent mais plutôt sur la difficulté que nous éprouvons à aligner nos moyens de production sur les besoins réels. En d'autres termes, certains s'inquiètent parfois du fait qu'il y aura, dans les années à venir, un trop grand nombre de personnes âgées par rapport au nombre de personnes en âge de travailler. Cette préoccupation me semble sans fondement tant qu'il y aura de nombreuses personnes en âge de travailler qui ne peuvent se trouver un emploi.

Le deuxième point sur lequel j'aimerais faire un commentaire touche à l'importance qu'il faut accorder aux soins de santé pour les personnes âgées. Les soins ont pour but de préserver la vie et cet objectif me semble primer sur toute autre considération. La perte de la vie entraîne la perte de tous les autres bienfaits qui s'y rattachent. Nous sommes réticents à comparer la valeur de la vie à d'autres valeurs. Il nous répugnerait de dire que la vie d'une personne vaut environ 100 000 dollars mais guère plus. Si une galerie de mine s'effondrait, je voudrais que la société minière déploie tous les efforts nécessaires pour sauver les mineurs emmurés, surtout si je suis du nombre. Nous attachons une très grande valeur non seulement à la vie mais au fait d'avoir une bonne santé. La perte de la santé est une catastrophe. Ainsi, il me semble que nous devrions accorder une très grande importance aux soins de santé, même si cela devait se faire au détriment d'autres valeurs fondamentales.

Par contre, nous éprouvons un certain malaise devant l'importance accordée aux soins de santé pour les personnes âgées. Nous sommes réticents à l'idée de dépenser sans limite pour des personnes invalides ou semi-valides qui sont gardées en vie grâce aux techniques de pointe de la médecine moderne. Cette attitude est en partie égoïste et incorrecte. Les personnes âgées peuvent être perçues comme celles qui nous privent de la prospérité. Nous avons tendance à être troublés par toute dépense importante qui ne semble pas contribuer à notre enrichissement. Nous pouvons nous désintéresser des gens âgés parce que nous accordons une importance trop grande à la dimension économique de la personne et que nous sous-estimons sa valeur en tant qu'être humain. Néanmoins, les questions qui se posent sont justifiées. L'une d'entre elles porte sur la valeur de la vie et de la santé d'une personne. Devrions-nous être disposés à faire toutes les dépenses nécessaires pour assurer la vie et la santé d'une personne, ou y a-t-il des limites à ne pas franchir ? S'il y a des limites, quelles sont-elles ? Les cas spéciaux font surgir une autre question. Existe-t-il des conditions particulières, l'invalidité grave ou la souffrance aiguë par exemple, qui font en sorte que la vie aurait moins de valeur ou même n'en aurait pas du tout ?

Pour répondre à ces questions, il nous faut d'abord nous demander ce qui confère à la vie sa valeur. Nous pourrions passer de nombreuses heures à débattre cette question sans parvenir à faire l'unanimité. Il y a cependant lieu de faire quelques observations générales.

La vie a pour nous une très grande valeur pour des raisons multiples, par exemple, à cause d'une expérience agréable, d'un bon repas, d'une partie de tennis ou du repos qui suit une dure journée. Certains facteurs qui donnent à la vie sa valeur sont difficiles à saisir ou à définir; ainsi en est-il de l'amitié, de l'activité intellectuelle, de la noblesse de caractère, de la joie que procure la beauté. Au lieu d'attribuer une valeur à ces choses, nous les acceptons comme autant de promesses offrant diverses possibilités. Elles nous rappellent que la vie est un mystère qui se dévoile peu à peu.

La vie nous est précieuse non seulement à cause des expériences que nous vivons mais aussi en raison de notre conception philosophique ou religieuse du monde. La vie peut avoir une valeur différente pour un chrétien, un hindou ou un marxiste athée parce que chacun lui attribue une signification différente.

À mon avis, nous n'arriverons jamais à déterminer la valeur précise de la vie ni à savoir si, dans une situation particulière, il est préférable pour une personne de vivre ou de mourir. Ma conviction s'inspire de la philosophie chrétienne, mais je crois que la raison et l'expérience humaine mèneraient quiconque à la même conclusion. Pour arriver à déterminer la véritable valeur d'un être humain, je dois d'abord comprendre parfaitement la signification de l'existence et la manière dont elle se manifeste chez cet être humain. Je n'ai pas les connaissances nécessaires pour le faire et je soupçonne qu'il en est de même pour les autres. À mon avis, la question éthique fondamentale qui sous-tend la préservation de la vie humaine est la suivante : comment pouvons-nous faire preuve de jugement lorsque notre connaissance de la valeur de la vie est si limitée ?

L'euthanasie est l'une des dimensions de la question. Sans nous attarder ici sur cette dimension, il y a lieu de noter qu'à ce jour, nous avons fait preuve de bon jugement en rejetant l'euthanasie. Il est insensé de mettre fin à la vie d'un homme pour son propre bien sans savoir effectivement ce qui est bien pour celui-ci. Dans de telles conditions, le fait de mettre fin à une existence constituerait une menace pour tous parce qu'il est vrai dans tous les cas que l'on ne peut savoir s'il est préférable pour une personne de vivre ou de mourir. Le seul moyen de protéger la vie et d'éviter l'arbitraire est de refuser de mettre fin à la vie d'une personne devant une telle ignorance.

Mon propos porte sur l'autre dimension de la question. Dans quelle mesure devrions-nous préserver la vie par des moyens positifs ? Nous ne devons pas mettre fin à la vie d'une personne sans savoir s'il est préférable pour elle de vivre ou de mourir, mais cela ne signifie pas pour autant que nous devons entretenir la vie à tout prix, sans égard aux conséquences d'un tel geste – comme la souffrance aiguë. Nous devons donc nous mettre à la tâche de définir les lignes directrices qui nous permettront de juger par quels moyens nous devrions préserver la vie et dans quelles circonstances.

Même si nous disposions du temps voulu, il serait difficile d'élaborer et de justifier de telles lignes directrices. Dans le cadre de cet exposé, je ne peux donc que proposer un certain nombre de points qui sont pertinents à la question de la prestation de soins de santé aux personnes âgées.

1 De façon générale, la vie doit être considérée comme très précieuse et doit donc être préservée, même au prix d'efforts considérables et coûteux.

2 Il faudrait résister à la tentation de fixer la valeur de la vie des autres en fonction de ses propres critères. Ainsi, une personne pour qui la déficience mentale est inacceptable pourrait penser qu'il serait préférable pour une

personne déficiente de mourir. Supposons, par ailleurs, qu'un être supérieur provenant d'une autre planète nous observe, vous et moi, et décide qu'il préférerait la mort à une forme de vie aussi élémentaire. J'aimerais penser que ce jugement n'aurait pas pour effet d'enlever toute valeur à nos vies.

3 Les soins de santé destinés aux personnes âgées devraient avoir pour but de rétablir la santé et le fonctionnement normal de l'organisme, ou à tout le moins d'atténuer la souffrance. Il ne semble pas y avoir de raison de recourir à tous les moyens disponibles pour prolonger la vie lorsque le retour à un certain état de santé est impossible et que la souffrance aiguë est inévitable. Cette règle peut sembler évidente, mais je ne suis pas sûr qu'elle soit observée dans le cas des personnes qui sont au seuil de la mort dans nos établissements hospitaliers.

4 Il ne faudrait pas que les besoins des personnes âgées au plan de la santé aient pour effet de reléguer dans l'ombre leurs autres besoins. Les gens âgés ont besoin d'amitié et de compagnie, tout comme il leur importe d'avoir un sentiment d'appartenance. Il faut leur laisser toute l'indépendance et la responsabilité qu'ils peuvent assumer. Ils doivent avoir la possibilité d'évoluer sur le plan personnel et spirituel. Les personnes âgées ont besoin que l'on apprécie ce qu'elles ont à offrir, que ce soit la sagesse, la tolérance, la sérénité ou la perspicacité qui viennent parfois avec l'âge. Étant donné l'importance que nous accordons à la technologie, il se peut que nous tentions de nous acquitter de nos obligations envers les personnes âgées en leur fournissant les meilleurs soins que permettent les techniques de pointe et que nous négligions par contre de leur manifester la chaleur humaine qui pourrait leur être beaucoup plus précieuse. Je suppose qu'il s'agit là d'un domaine où l'État doit se résigner à n'intervenir que pour créer les conditions qui permettront aux proches de répondre aux besoins réels des personnes âgées de leur entourage.

5 Dans la mesure du possible, il faudrait encourager les personnes âgées à continuer d'assumer la responsabilité de leur santé, tant au niveau des politiques générales dans ce domaine qu'au niveau du traitement individuel. Ce n'est pas rendre service aux gens âgés que de les considérer uniquement comme des sujets d'inquiétude plutôt que de les traiter comme des personnes autonomes.

La troisième question que je voudrais aborder est la suivante : certaines vies sont-elles plus précieuses que d'autres ? Par exemple, la vie d'un jeune a-t-elle plus de valeur que celle d'une personne âgée parce que le premier jouira vraisemblablement d'une bonne santé durant plus d'années que l'autre ? Sur la base de ce critère, faudrait-il dépenser davantage pour préserver les vies plus précieuses ?

Cette question d'éthique suscite des prises de position partagées. Au lieu de tenter de trancher la question dans le temps mis à ma disposition, je me limiterai à quelques observations personnelles.

La valeur d'une vie peut être envisagée de deux façons. D'abord, une vie humaine peut être évaluée en fonction de ce qu'elle apporte aux autres. Par exemple, la vie d'un grand médecin ou d'un musicien particulièrement doué pourrait être jugée plus précieuse que celle d'un voleur de banque. Mais on peut également considérer que la vie a une valeur en soi. Ainsi, on pourrait penser que la vie d'une jeune personne talentueuse et pleine d'entrain qui peut s'attendre à vivre en bonne santé durant de nombreuses années a plus de valeur que celle d'une personne invalide condamnée à souffrir pour le reste de sa vie.

Pouvons-nous nous permettre de faire preuve de discrimination dans l'affectation des ressources en matière de santé en invoquant la plus grande valeur de certaines vies par rapport à d'autres ? Plusieurs raisons devraient nous inciter à une très grande prudence à l'égard de ce genre de discrimination.

1 La valeur de la vie ne peut être établie de façon claire et précise. Par conséquent, toute valeur qui pourra être attribuée à la vie sera presque inévitablement faussée par des préjugés. Un général estimera davantage la vie d'un bon officier que celle d'un manifestant pour la paix. Ce qui peut paraître précieux à un professeur d'université ne l'est pas nécessairement pour un maçon. Toute politique qui vise à différencier les personnes en fonction de la valeur de leur vie témoignera des préjugés des personnes qui sont au pouvoir et sera discriminatoire à l'endroit des gens sans défense.

2 Toute discrimination fondée sur la valeur de la vie d'une personne est, sinon une insulte, du moins une atteinte grave à l'image qu'ont d'elles-mêmes les personnes que l'on considère comme moins importantes.

3 Une telle forme de discrimination revient à départager les gens en citoyens de première et de seconde classes, et peut même faire apparaître trois, quatre ou cinq classes de citoyens. La discrimination qui se manifeste dans le domaine des soins de santé peut facilement s'étendre à d'autres domaines.

4 Cette forme de discrimination peut inciter à établir la valeur de la vie uniquement en fonction de critères d'utilité évidents et à perdre de vue les dimensions plus subtiles qui lui confèrent sa valeur la plus significative.

Pour les quatre raisons qui précèdent, je suis d'avis que toute discrimination dans le domaine des soins de santé qui est fondée sur la valeur de la vie des personnes ne peut se justifier que dans des conditions bien particulières. Je voudrais en mentionner brièvement quelques-unes.

1 Il est raisonnable d'accorder la préférence à certains patients dans des cas extrêmes où la santé de la personne en cause est de toute évidence nécessaire au bien-être des autres. Par exemple, si les services d'un capitaine de navire sont indispensables à la survie de l'équipage au cours d'une tempête, il y aurait lieu de soigner tout d'abord le capitaine en cas d'urgence.

2 Les ressources dont la rareté est inévitable pourraient d'abord être réservées aux personnes dont l'espérance de vie est manifestement plus longue. Ainsi, il serait justifié de greffer un rein à une personne âgée de 20 ans plutôt qu'à une autre âgée de 70 ans.

3 Lorsqu'il est impossible de traiter toutes les personnes qui en ont besoin, il y aurait lieu de soigner d'abord celles pour qui le traitement médical sera vraisemblablement plus bénéfique. Si la probabilité de guérison par suite d'un traitement est élevée dans le cas de X, mais minime dans le cas de Y, X devrait recevoir le traitement.

4 Les trois situations décrites précédemment justifient un traitement préférentiel pour certains patients lorsqu'il est impossible de soigner toutes les personnes qui en ont besoin. Toutefois, je suis d'avis qu'aucune forme de traitement préférentiel ne saurait être justifiée dans une politique générale sur les soins de santé. En d'autres termes, nous ne devons pas adopter une politique générale de prestation des soins de santé qui soit fondée sur le principe que la vie de certaines personnes est plus précieuse que celle des autres. Je crois qu'il est inadmissible, par exemple, de fournir des services de dialyse aux moins de 65 ans et d'exclure ceux qui ont dépassé cet âge. À mon avis, une politique générale de discrimination laisse entendre que la vie de certaines personnes ne vaut pas la peine d'être sauvée. La discrimination justifiée dans certains cas extrêmes ne mène pas à cette conclusion. La vie de tous demeure précieuse mais, lorsqu'il est impossible de venir en aide à tous, notre intervention est d'abord dirigée vers ceux qui en bénéficieront le plus.

5 Il existe une autre forme de traitement préférentiel que l'on observe fréquemment et qui est inhérente à notre système de soins de santé. Nous favorisons les Canadiens au détriment des habitants de pays étrangers. Nous déboursons des sommes considérables pour fournir des services très coûteux à un nombre relativement restreint de Canadiens tandis que les citoyens d'autres pays sont privés d'éléments aussi fondamentaux pour la santé qu'une alimentation suffisante et l'eau potable. Cette forme de discrimination est-elle justifiée ?

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles nous devons soigner nos proches avant de venir en aide à des étrangers. Premièrement, il doit y avoir un certain principe d'organisation élémentaire. Il ne suffit pas de faire appel à la responsabilité collective et générale, sans plus. Il est nécessaire de confier le soin de certaines personnes spécifiquement à d'autres personnes. Par exemple, il incombe aux parents de prendre soin de leurs enfants. De façon générale, il est plus utile que les personnes soient d'abord responsables d'elles-mêmes et de leurs proches. Cette façon de procéder est efficace. Les personnes qui s'occupent de leurs propres besoins et de ceux de leurs proches auront vraisemblablement la motivation et les connaissances voulues pour bien s'acquitter de la tâche. Cette responsabilité comporte également une valeur. Il est bon que chacun assume la responsabilité pour lui-même et ses proches qui sont dans le besoin. Lorsqu'un groupe se charge de voir aux besoins d'un autre groupe avec lequel il est peu familier, ce dernier peut devenir trop dépendant et irresponsable.

Il y a donc des raisons valables d'accorder la préférence à nos proches. Partant, il peut être justifié de favoriser nos concitoyens dans une certaine mesure. Toutefois, une inégalité extrême ne peut être justifiée. Laisser des personnes mourir de faim, par exemple, ne contribue aucunement à leur apprendre à devenir efficaces ou responsables.

Certes, lorsque la question est envisagée dans un contexte aussi vaste, le problème dépasse la portée d'une politique de soins de santé et s'insère plutôt dans le contexte général de la politique étrangère. Il ne s'agit pas simplement que les professionnels canadiens de la santé viennent en aide aux populations du Tiers Monde par la fourniture de matériels et de services médicaux. Il s'agit plutôt d'adopter des politiques commerciales et de chercher à réorganiser le système économique mondial en fonction des besoins réels des gens. Nous ne pouvons nous attendre à régler définitivement un tel problème dans le cadre d'un colloque sur le vieillissement, mais je crois néanmoins que nous devrions garder à l'esprit cette question.

Margaret A. Somerville

> Car à l'époque moderne, l'homme est intervenu dans le processus de l'évolution. Ni les présocratiques, ni Aristote, ni les prophètes de l'Orient ou de l'Occident, ni Copernic, ni Luther, ni Descartes, ni Machiavel n'ont détenu semblable pouvoir. Dorénavant, des jugements de valeur devront guider le progrès technologique puisque, sans un système de valeurs, l'homme cesse d'être humain et ne perçoit plus le besoin de s'intégrer à la trame même de l'univers afin de donner un sens, un but et une certaine dignité à son existence. (Anshen, 1974, p. xvii) [traduction du Conseil économique].

On pourrait reformuler cette affirmation de la manière suivante : « Dorénavant, des jugements de valeur devront guider [les décisions relatives au rationnement des ressources médicales, décisions qui comportent le recours à la réglementation pour éviter la surutilisation de la technologie médicale et en minimiser les risques pour l'avenir] puisque, sans un système de valeurs, l'homme [risque de cesser] d'être humain. . . » La difficulté réside dans le choix des valeurs qui devraient guider notre conduite, surtout lorsque ces valeurs sont en conflit et qu'il faut choisir le moindre préjudice ». De telles situations soulèvent des questions fondamentales d'ordre pratique et d'ordre théorique. Certaines de ces questions se posent d'ailleurs aux deux niveaux à la fois. Dans tous les cas, il faut cependant reconnaître que la désignation ainsi donnée à une question particulière est plutôt artificielle et qu'elle variera selon les circonstances dans lesquelles la question est posée et discutée.

Les questions d'ordre pratique

Les ressources limitées dans le domaine des soins de santé

Nous ne pouvons consacrer la totalité de nos ressources aux soins de santé et, même si nous le pouvions, tous les problèmes ne seraient pas réglés pour autant, car 1) il est désormais possible de faire plus que ce que nous sommes disposés à faire; 2) il nous est peut-être possible de faire plus que ce que nous pouvons nous permettre de faire, les demandes d'autres groupes de la société nous imposant ici une limite; et 3) il est parfois possible de faire plus que ce que nous devrions faire.

La méthode des « règles différenciées »

Il s'agit ici de montrer qu'il faut décider 1) ce que nous *devrions* faire; 2) ce que nous *ferons* effectivement, même si nous ne le devrions pas; et 3) ce que nous ne ferons pas, parce que nous ne *devons pas* le faire.

Cela revient à dire qu'il faut admettre qu'une personne ayant besoin de soins médicaux subira, bien sûr, un préjudice si elle ne reçoit pas suffisamment de soins – pour quelque raison que ce soit – mais aussi si elle en reçoit trop, surtout si l'excès de soins fait souffrir le patient ou entraîne un gaspillage de ressources médicales. Il faut, bien sûr, se rappeler que, dans une certaine mesure, la distinction entre soins insuffisants et excessifs repose, dans des circonstances données, sur un jugement de valeur.

La méthode que nous avons retenue ici suppose qu'une seule des trois règles précitées – c'est-à-dire, ce qu'on doit faire, ce qu'on fera, et ce qu'on ne doit pas faire – s'appliquera pour trancher une question donnée relativement à la prestation de soins de santé: cette approche exige donc qu'un choix soit fait parmi ces règles et que ce choix s'applique à cette question dans ce contexte. C'est ce que j'ai appelé la « méthode des règles différenciées[1] ».

L'établissement d'un mécanisme décisionnel

Le mode de décision est influencé par les éléments suivants : l'identité des décideurs, les principes sur lesquels se fonde la décision et les règles de procédures qui gouvernent ce processus.

Le droit et les décisions en matière de soins de la santé

Depuis longtemps, on encadre le processus décisionnel par des dispositions légales. Bien que le droit ne représente pas le seul mécanisme approprié pour la prise de décisions, on peut en tirer des leçons précieuses qui, si on les étend à d'autres domaines, pourraient faciliter les choix en matière de soins de santé, dans un contexte où les ressources sont limitées. Ainsi, les règles de la justice naturelle (le droit d'être entendu par un juge impartial), l'équité ou l'obligation d'entendre la partie adverse sont des exemples de concepts susceptibles de s'appliquer dans ce contexte.

Il convient de souligner que la conception que se font de nombreux Nord-Américains du rôle et de la fonction du droit dans les choix en matière de soins de santé – conception qui se représente le droit comme un instrument de conflit et d'opposition – ne correspond pas pleinement à la conception historique ou universelle, bien que le système juridique ait, cela ne fait pas de doute, un

rôle à jouer dans les conflits. On tend cependant à sous-estimer les autres fonctions que remplit le droit, tels sa fonction symbolique ou le rôle qu'il joue du fait qu'il crée, véhicule ou modifie les valeur de la société. Ce sont pourtant des fonctions qui peuvent occuper une place singulièrement importante dans les choix où interviennent des considérations médicales, légales ou éthiques, surtout lorsque ces choix concernent l'affectation de ressources limitées. Comme l'écrivaient récemment Smith et Weisstubb dans « The Western Idea of Law »,

> Le droit fournit une description particulièrement révélatrice de la façon dont une société s'analyse et projette son image sur le monde. Il constitue une représentation majeure de l'image qu'une culture a d'elle-même, de la théorie de la société qui fait loi au sein de cette culture. Le droit constitue l'affirmation la plus profonde et la plus générale qu'une culture non révolutionnaire ou non anarchiste peut énoncer sur elle-même. Dans sa forme la plus globale, l'exercice des lois est un phénomène multi-dimensionnel, dans lequel des éléments mythiques, dramatiques, rhétoriques et philosophiques jouent un rôle de premier plan. Dans le monde occidental, la dimension philosophique du droit a éclipsé l'évolution des aspects mythiques, dramatiques et rhétoriques, au détriment de l'harmonie culturelle.

Il importe de garder à l'esprit ces considérations au moment de prendre des décisions dans le domaine des soins de santé. Ainsi, il pourrait bien arriver que l'application d'une loi déterminée ne suscite aucune résistance dans certaines circonstances mais qu'à d'autres moments elle soulève l'indignation en raison de son caractère symbolique ou de la possibilité qu'elle crée un dangereux précédent. Ou encore, il peut arriver qu'une loi donnée – ou même l'absence d'une loi interdisant certains comportements – se bute à des croyances populaires profondément ancrées, issue peut-être d'un fonds génétique de connaissances aux origines lointaines ou simplement de l'inconscient collectif[2], et qu'elle engendre ainsi un conflit. Pour des raisons semblables, il peut arriver que les professionnels de la santé prennent, à l'égard de situations particulières, des décisions qui, à leur grand étonnement, choquent leurs concitoyens, même si ces décisions leur paraissent à eux tout à fait raisonnables et indiquées dans les circonstances.

Enfin, en ce qui concerne les problèmes d'ordre pratique, nous devons nous rappeler que les questions ne sont jamais neutres et que leur contenu peut refléter les tendances de l'avenir avec beaucoup plus de précision que ne peuvent le faire nos réponses actuelles et qu'il peut aussi définir beaucoup mieux les problèmes et leurs solutions possibles. Bien qu'il ne s'agisse que d'une observation prise au hasard à même mon expérience personnelle, il est pour le moins inquiétant de constater que, de plus en plus souvent, on se demande si on devrait permettre l'euthanasie dans le cas des personnes âgées dans un état comateux, ou même simplement séniles et impotentes. Ceux qui posent la question justifient habituellement le recours à cette pratique. Selon l'argument le plus répandu, les candidats éventuels à l'euthanasie sont des personnes condamnées à une vie lamentable, que cette solution soulagerait de leur malheur, sans compter que la collectivité en bénéficierait financièrement, la somme économisée pouvant être mieux employée si on offrait des soins de santé à d'autres personnes, jugées « récupérables ».

Les questions d'ordre théorique

Valeurs et symbolismes

On considère généralement pour acquis que la société doit financer les soins de santé, et l'argumentation en faveur de ce principe est bien définie et bien connue. Il conviendrait peut-être, cependant, d'étudier plus à fond toute la gamme de nos objectifs, car un tel examen nous permettrait sans doute de découvrir, au moins en partie, pourquoi nous n'avons pas réussi à contenir la hausse des coûts. Peut-être les dépenses en soins de santé ont-elles une valeur symbolique ? Peut-être représentent-elles, dans notre société de plus en plus bureaucratisée et technocratisée, une affirmation de la valeur de la personne humaine ? Si tel est le cas, les restrictions sur les dépenses pourraient se révéler inefficaces parce qu'elles ne touchent pas à la cause réelle de la montée des coûts.

Peut-être, aussi, la médecine a-t-elle, dans nos sociétés occidentales à la fois pluralistes et temporelles, remplacé la religion pour véhiculer de manière symbolique notre souci du bien-être d'autrui et, en retour, permettre aux assistés de croire qu'ils sont aidés et de se sentir en sécurité. Toute réduction des dépenses en soins de santé, si elle n'est menée avec prudence, pourrait alors créer l'impression que ces préoccupations ont disparu.

Il est intéressant de se demander, à cet égard, si la notion des soins palliatifs dispensés aux malades condamnés n'a pas été mise au point et appliquée en médecine, parce qu'elle était en train de devenir une entité distincte à laquelle on attribuait les valeurs symboliques et morales que la médecine dans son ensemble avait jusque-là revêtues. Les soins palliatifs constituent un choix particulièrement approprié à cet égard parce qu'ils ont tendance à se situer dans un domaine où il y a convergence des

opinions quant à la notion de comportement convenable, où prédomine la dimension humaine des soins et où, sauf quelques exceptions importantes, le risque de surabondance des soins est plus grand que le risque qu'ils soient insuffisants. Les plus importantes de ces exceptions sont le traitement contre la douleur et les autres interventions visant à réduire la souffrance. La plupart de ces interventions sont toutefois peu coûteuses, et même lorsqu'elles sont d'un coût élevé, elles tendent généralement à procurer des services aux personnes et non à développer des appareils de haute technologie. Il y aura vraisemblablement moins d'opposition au financement de soins humains plutôt que d'appareils avancés, pourvu que cette répartition des fonds soit jugée raisonnable, c'est-à-dire pourvu que les responsables du financement jugent que la valeur des résultats obtenus correspond à celle des sommes affectées.

Si on assimile ainsi les soins palliatifs à la partie des soins de santé qui véhicule des valeurs sociales, cela pourrait aider considérablement dans l'application de décisions relatives au financement qui pourraient avoir l'air de reposer sur un manque de compassion. En principe, on pourrait détacher des soins palliatifs les autres domaines du secteur de la santé et, dans ces domaines distincts, on pourrait tolérer l'existence de conflits ou prendre des mesures qui pourraient révéler un manque de compassion (par exemple, le refus de prodiguer certains genres de traitement) sans que soit éliminé pour autant la valeur de symbole humanitaire que recèle le système de soins de santé et qu'il importe de retenir.

Un modèle décisionnel

Il semble que nous n'ayons pas encore réussi à conceptualiser et à encadrer convenablement le processus décisionnel qui mène au rationnement des ressources médicales. On peut se représenter ce que je veux dire ici en imaginant l'ensemble des questions qui doivent être résolues comme une bande spectrale dont le centre serait bien défini mais dont les deux extrémités demeureraient imprécises. Les problèmes de rationnement des ressources font l'objet de beaucoup de discussions et d'analyses générales, mais on n'a, d'une part, effectué que très peu de recherche sur l'application concrète de ces généralités à des cas individuels bien définis (c'est-à-dire des travaux empiriques sur les problèmes de rationnement des ressources) et, d'autre part, consacré que peu d'efforts à mettre au point un modèle décisionnel intégré (c'est-à-dire des travaux qui mèneraient à l'élaboration d'un cadre théorique susceptible de faciliter l'examen de ces problèmes).

Nous devons réfléchir à la façon de mettre en place les premiers éléments d'un modèle semblable à celui que nous venons de décrire. Au départ, on pourrait l'élaborer à partir de deux groupes de facteurs, soit les *principes décisionnels* et les *valeurs associées à la prise de décisions* (c'est-à-dire les valeurs qui sont susceptibles d'influer sur le mécanisme de la prise de décisions, sur la décision elle-même, ou sur les deux à la fois). Ces facteurs n'auraient pas tous un rôle à jouer dans une situation donnée, mais il faudrait toujours tenir compte de la possibilité qu'ils interviennent et ne les rejeter que s'il est démontré que cela n'est pas le cas. Une liste préliminaire et bien incomplète de principes et de valeurs qui pourraient être considérés dans ce contexte est fournie dans la figure 8-1.

Fondamentalement, il s'agit ici d'aller au-delà de ce que nous faisons dans la pratique – et même au-delà des mesures que nous mettons de l'avant en théorie –, de découvrir les principes et les valeurs que nous appliquons, ou que nous devrions appliquer, et d'essayer de les agencer en un cadre cohérent. Il importe de préciser que ce cadre (ou modèle) devrait être dynamique plutôt que statique et qu'il devrait favoriser l'émergence de modèles décisionnels qui prévoient des réactions partielles dans certains cas, et non seulement de modèles dichotomiques fondés sur le principe du « tout ou rien ». Bref, nous devons passer progressivement d'un modèle rigide, simpliste et technique à un modèle abstrait, souple et respectueux de la personne. Il serait, par ailleurs, intéressant d'analyser, à la lumière de ce cadre décisionnel, le contenu des interventions formulées lors du présent colloque, lesquelles reposent, dans l'ensemble, sur une large perspective économique visant à cerner et résoudre les problèmes soulevés par le rationnement des ressources médicales. Le cadre proposé exigerait sûrement que soient pris en considération beaucoup de facteurs autres qu'économiques.

Il ne s'agit pas de prétendre qu'un cadre comme celui qui est proposé ici résoudra tous les problèmes, ou même la plupart d'entre eux. Presque assurément, les choix que nous devons faire sont encore trop souvent des choix pénibles, qui ont invariablement des effets négatifs. (Par exemple, faudrait-il réaffecter aux travaux de recherche sur le SIDA et au traitement des personnes atteintes de cette maladie des ressources médicales présentement utilisées à d'autres fins ?) La présence d'un cadre décisionnel nous rendra cependant davantage conscients, dans de telles situations, des vrais choix que nous ferons et des raisons qui les motiveront. Il faut en outre admettre que la décision d'opter pour une approche semblable est elle-même influencée par certaines valeurs. Ce n'est probablement pas par hasard qu'un processus décisionnel « implicite » intervient dans le rationnement des ressources médicales lorsque, dans un contexte donné, nous impartissons à certaines personnes la douleur et la souffrance, ou parfois même la mort, lorsque nous

Figure 8-1

Projet de modèle décisionnel pour résoudre le dilemme posé par le rationnement des ressources médicales

Principes décisionnels

Principes évidents et principes latents.

Prise de décisions évidente et prise de décisions latente.

Prise de décisions directe et prise de décisions indirecte.

Distinction entre les « bonnes » méthodes pour prendre des décisions et les « bonnes » conséquences des décisions prises.

Risque délibéré et risque fortuit.

Présomptions initiales.

Principes qui sous-tendent la désignation des organes de décision :
- au plan collectif;
- au plan individuel.

Les fondements de la décision et le cheminement à suivre :
- prise de décisions fondée sur la raison ou sur l'intuition;
- règles régissant les questions de fond;
- règles régissant les questions de procédure;
- autres mécanismes d'exécution;
- apparition du principe de l'intégration sur lequel fonder la prise de décisions;
- examen des théories relatives à la prise de décisions :
  1) Fried;
  2) Rawls;
  3) Fletcher;
  4) Engelhardt;
  5) principe d'affectation découlant d'un modèle juridique des droits « minimums »;
- examen des conséquences des critères d'affectation sur :
  1) les bénéficiaires;
  2) ceux qui sont responsables de l'affectation des ressources.

Valeurs associées à la prise de décisions

Qualité de vie et caractère sacré de la vie.

Distinction entre les actes et les omissions.

Description de l'objet de l'affectation.

Identification personnelle.

Calcul des risques et des avantages.

Calcul des coûts et des avantages.

Principe de la proportionnalité.

La protection des personnes par opposition à la protection des réseaux.

Droits individuels et droits collectifs.

Figure 8-1 (fin)

Valeurs associées à la prise de décisions	Valeurs liées à la théorie sur la nature des professions.
	L'incertitude.
	Coût économique – c'est-à-dire la mesure de ce que l'on obtient en contrepartie d'un déboursé.
	La langue et les expressions qui contribuent à créer et à communiquer des valeurs.
	Crainte d'assumer une responsabilité légale et mesures prises pour éviter une telle éventualité : – responsabilité des autorités auxquelles la loi a conféré des pouvoirs; – médecine défensive.
	Attitudes des médecins : – sur-traitement découlant de l'optimisme des médecins; – présomptions initiales des médecins.
	Attitudes des patients.
	Relation entre le médecin et le malade.
	Caractère de la technologie médicale : 1) techniques positives; 2) techniques neutres; 3) techniques négatives.

décidons de ne pas les empêcher ou les atténuer quand cela est possible. Risquerait-on de causer davantage de préjudice que de bénéfice à la société canadienne en acceptant de confronter directement ces choix ? Ce n'est là qu'une des nombreuses questions qu'il faut examiner dans le cadre du débat en cours sur le rationnement et l'affectation des ressources dans le secteur de la santé.

Un autre argument militant en faveur de l'adoption d'un cadre décisionnel comme celui qui est proposé ici, c'est qu'il faut éviter de prendre un décision relative à l'affectation des ressources médicales sans référence à tous les autres choix concernant d'autres ressources ou au contexte global dans lequel s'insèrent ces décisions. Cette façon de prendre des décisions de manière isolée peut se présenter tant au plan « horizontal » qu'au plan « vertical ». Cette faute est dite horizontale lorsqu'on néglige les perspectives des diverses disciplines qui ont un lien avec la question considérée ou lorqu'on n'en tient pas compte dans le modèle décisionnel. On parlera de carence verticale lorsque le modèle ne tient compte que du niveau conscient de la décision, et néglige ses niveaux inconscients ou symboliques.

La mise au point d'un modèle décisionnel complet peut se révéler avantageuse pour d'autres raisons. Lorsqu'on est en présence de questions très controversées, où les conflits risqueraient de compromettre des valeurs sociales importantes, la survie des institutions, la coopération communautaire ou simplement l'harmonie entre les divers groupes, il importe d'identifier les points de convergence au lieu de se pencher uniquement sur les divergences. On s'accorderait vraisemblablement pour dire qu'il faut un modèle décisionnel pour le rationnement des ressources médicales, un modèle qui tiendrait compte de tous les points de vue pertinents et leur permettrait de s'exprimer tout en assurant la présence d'un décideur impartial et d'un mécanisme de prise de décisions.

Ceci nous amène à une autre considération. Il peut être important d'établir une distinction entre les décideurs et le modèle décisionnel. Dans le contexte du rationnement des ressources médicales (et par rapport aux questions soulevées dans le contexte des soins de santé, du droit et de l'éthique en général), il peut arriver souvent que les décideurs ne soient pas neutres, ce qui ne revient pas à dire qu'ils sont placés dans une situation de conflit d'intérêts : la non-neutralité peut s'accompagner, ou non, d'un conflit d'intérêts. L'expression « non-neutralité » sert tout simplement à reconnaître que la plupart d'entre nous avons nos propres valeurs sur divers sujets et que nous

croyons plus ou moins fortement à ces valeurs, c'est-à-dire avec des degrés divers d'ouverture à la contestation ou au changement. Bref, il est tout à fait improbable que quelqu'un d'entre nous puisse se dire neutre en ce sens qu'il est dépourvu de jugements de valeur à l'égard de ces questions.

Nos modèles décisionnels peuvent toutefois offrir cette neutralité dans une certaine mesure, mais il faut reconnaître qu'ils sont fondés sur les « principes décisionnels » qui comportent également des valeurs, du moins dans leur application concrète. Par exemple, l'un de ces principes décisionnels consiste à dire qu'il faut partir de l'une ou l'autre de deux « hypothèses initiales » possibles. La première dit : *oui*, ce comportement est permis, *mais* il peut y avoir des exceptions, tandis que la seconde dit : *non*, il n'est pas permis, *sauf* si certaines conditions sont remplies. Le choix entre ces deux hypothèses n'est pas neutre quant aux résultats, car dans les situations où le doute est égal, c'est l'hypothèse générale et non l'exception, qui prévaudra. De plus, ce choix peut être dicté par des valeurs fondamentales dans une société donnée. Par exemple, dans la société canadienne, nous sommes fiers d'avoir un système juridique ouvert (c'est-à-dire, un système où tout ce qui n'est pas explicitement interdit est permis); dans un tel système, il vaut mieux adopter le « oui... mais » que le « non... à moins que ». En un mot, un modèle décisionnel *neutre* n'échappe pas entièrement à l'influence des valeurs. Il devrait toutefois permettre d'identifier les valeurs qu'il comporte effectivement.

Enfin, pour ce qui est de la nécessité d'implanter un modèle décisionnel de ce genre, il est probable que la mise au point, l'implantation et le développement ultérieur d'un tel modèle pourraient stimuler l'imagination et la créativité dans la recherche de solutions aux problèmes posés par le rationnement des ressources médicales dans une société en vieillissement. Il va sans dire qu'une telle contribution serait bien accueillie.

Questions à la fois pratiques et théoriques

Les droits de la personne

Il se peut que la nécessité d'amorcer une réflexion sur les questions touchant l'affectation des ressources médicales soit devenue beaucoup plus pressante depuis quelques mois. En raison de l'épidémie du SIDA, nous serons peut-être forcés de faire face à des problèmes d'une ampleur tels que les dilemmes associés au thème de ce colloque – comment répondre aux besoins en soins de santé d'une population vieillissante – sembleront par comparaison bien modestes. Ces problèmes et la façon dont nous les aborderons – en particulier, notre empressement à convertir notre conception théorique de la compassion et du respect des droits de la personne en une réalité pratique – nous éclaireront beaucoup sur les fondements éthiques de notre société, même s'il est certaines choses que nous préférerions peut-être ne pas entendre.

Chacune des provinces a promulgué des codes ou des lois sur les droits de la personne et, plus récemment, la Charte canadienne des droits et libertés a été adoptée. Ensemble, ces textes constituent un imposant témoignage sur les valeurs, les comportements et les attitudes des Canadiens et de leurs institutions au chapitre des droits de la personne. Il se pourrait que les questions qui ressortissent à la fois à la médecine, au droit et à la morale publique nous donnent l'occasion de vérifier si l'engagement à respecter les droits de la personne traduit une réalité profonde, fondée sur des convictions bien enracinées dans la société canadienne ou s'il représente tout simplement un courant à la mode qui se dissipera dès que les personnes en cause seront forcées de mettre ces principes à l'épreuve, c'est-à-dire qu'elles n'étaient disposées à exprimer ces convictions que lorsque cela ne les engageait pas de façon concrète. En examinant les questions qui se posent dans ce domaine, il se pourrait donc que nous découvrions une contradiction entre la théorie et la pratique dans nos attitudes face aux droits de la personne, ou que nos attitudes sont entachées d'ambiguïté.

L'exemple choisi ici ne sert pas uniquement à mettre en évidence la nature véritable de nos idées sur les droits de la personne, mais il peut également contribuer à les changer si on le juge souhaitable ou nécessaire. À mon avis, il en est ainsi parce que, dans une situation où les droits du patient sont violés, il est beaucoup plus facile de s'identifier à la victime que s'il s'agit de torture, qui est étrangère à notre société. En outre, nous sentons probablement comme une menace personnelle les actes d'omission ou de commission en ce qui concerne les soins de santé (par exemple, le refus de dispenser les soins médicaux nécessaires), puisque nous sommes tous des patients éventuels. Du reste, cela peut nous amener à sympathiser avec les personnes dont les droits sont violés, non seulement dans le domaine de la santé mais aussi dans un autre contexte. Ce phénomène d'identification personnelle comporte donc une dimension éducative qui n'est pas à négliger. Mais, ce qui est peut-être plus important à certains égards, c'est que cette prise de conscience et la réaction émotive qu'elle suscite peuvent nous pousser à corriger ces situations.

Droit et amour

Mon exposé débute par une citation de la préface de l'ouvrage *Art of Loving*, et j'aimerais ici aborder le thème de l'amour.

J'ai entendu dire récemment que l'amour et le droit sont les deux seules choses qui, dans l'avenir, distingueront les personnes humaines des ordinateurs complexes et des robots. Je suis encline à croire (car j'aime le droit) que les lois sont une expression de l'amour. C'est peut-être là la question – à savoir si nos lois sont inspirées par l'amour – que nous nous posons lorsque nous nous demandons quelles leçons le droit peut nous donner en ce qui concerne le rationnement des ressources médicales et comment on pourrait s'en servir pour régir cette allocation. Dans la mesure où il faut recourir au droit pour encadrer les décisions sur ces questions, je suggère que le rationnement des ressources médicales s'inspire du droit informé par l'amour. Non pas l'amour romantique ou l'amour « don de soi », mais l'amour de celui qui « aime son prochain comme lui-même », dans la mesure du possible.

Au moment de décider comment rationner les ressources médicales, nous sommes confrontés à des choix qui comptent parmi les plus difficiles auxquels notre société ait jamais eu à faire face. En effet, par ces décisions nous condamnons certaines personnes à souffrir ou même à mourir. En même temps, elles ont sur nous, les auteurs de ces décisions, des effets du point de vue du détachement, de la dépersonnalisation et de l'abrutissement. Enfin, nos décisions nous en disent long – parfois plus que nous ne voudrions entendre – sur les caractéristiques de notre société du point de vue de la compassion, de notre détermination à assurer l'égalité de traitement, de notre capacité à faire face à des problèmes communs avec l'aide de toute la collectivité, de l'équilibre entre les droits et la protection de la collectivité et de l'individu, de la vigueur de notre sens humanitaire et de notre capacité à travailler en vue du bien public.

Médecine et religion

Certaines parties de mon exposé pourront sembler d'inspiration plus religieuse que juridique ou scientifique, et certains pourraient donc juger de tels propos inconvenants, du moins de la part d'une avocate. Toutefois, dans la mesure où ces considérations ont effectivement un caractère religieux, elles ne sont peut-être pas dues au hasard, puisqu'elles reflètent peut-être une réalité présente dans les questions médicales, éthiques et juridiques – une réalité qu'il faut identifier et articuler. Il est intéressant de se demander si la médecine a, dans une certaine mesure, remplacé la religion et si, thaumaturgie moderne, elle n'a pas désormais le pouvoir de satisfaire nos aspirations au mystérieux et au mystique. La raison en serait, en partie, que la médecine est l'une des rares institutions de notre société à laquelle chacun puisse s'identifier, qu'il ait à son égard des sentiments positifs ou négatifs.

Si l'on admet que la médecine a pu hériter de certaines fonctions institutionnelles et symboliques qui caractérisaient auparavant la religion, on ne s'étonnera pas de voir que certaines personnes s'irritent lorsque le « miracle » médical espéré ne se produit pas. Certains croient en effet à la possibilité de miracles religieux, aussi irréaliste et déraisonnable qu'une telle attente puisse paraître, et dans leur déception vont s'abandonner à la colère. Le ressentiment sera, bien sûr, encore plus profond lorsqu'il s'agit d'un « miracle » médical qui aurait pu raisonnablement se produire mais qui n'a pas eu lieu parce que la technologie qui l'aurait rendu possible a été sciemment détournée à d'autres fins ou simplement parce que l'accès en a été interdit, pour des raisons justifiables ou non justifiables. C'est ici que se pose, lorsqu'on veut résoudre ces contradictions, le dilemme du rationnement de ressources médicales qui sont limitées. Alors que l'Église disposait d'un réservoir illimité de rémissions des péchés, de grâces et d'indulgences, la médecine – religion du XX^{e} siècle – a des ressources beaucoup plus restreintes et ne peut malheureusement pas reproduire le miracle de la multiplication des pains.

Voilà donc un paradoxe intéressant : ce sont les progrès réalisés jusqu'ici qui nous amènent à ce dilemme, dont l'incidence déborde largement les soins de santé. Et pourtant, ce n'est peut-être qu'en passant de la simplicité et de la clarté à la confusion, puis à une confusion peut-être différente, et de nouveau à la clarté (encore ici à une clarté différente), que nous pourrons progresser comme êtres humains. Les nouvelles techniques médicales nous ouvrent de nouvelles perspectives, en même temps qu'elles suscitent des problèmes et posent un défi. Un progrès peut créer de nouveaux problèmes, mais un nouveau progrès pourra résoudre certains d'entre eux. Certains se penchent à l'heure actuelle sur ces questions dans une perspective interdisciplinaire; il s'agit d'un domaine ambigu et dangereux, mais aussi, stimulant et productif de croissance. Il nous faudra du courage, de l'honnêteté, de la foi, de l'espérance et de la charité. Dans la première version de mon texte, ma secrétaire avait lu « clarté » au lieu de « charité » (en anglais, *clarity* et *charity*), et je crois qu'elle avait raison, car nous pourrions très bien ajouter la clarté à notre liste des conditions requises. En effet, si j'avais à choisir un thème pour caractériser le message que je désire vous livrer, ce serait justement de poursuivre la limpidité dans nos décisions touchant la répartition des ressources.

Il y a peut-être une autre raison pour laquelle mon emploi de métaphores religieuses n'est probablement pas dû au hasard. Comme je l'ai indiqué dans le modèle décisionnel exposé en annexe, il faut un mécanisme intégré dans la prise de décisions relatives au rationnement

des ressources médicales; si je me place du point de vue de mes propres préoccupations, cela signifie qu'il faut intégrer la médecine, le droit et l'éthique afin de résoudre certains des dilemmes soulevés par les techniques médicales modernes dans un contexte où les ressources sont limitées.

Au fond, nous tentons ici, à la fin du XX^{e} siècle, de recréer une situation qui existait au XII^{e} siècle, alors que les trois professions libérales, le droit, la médecine et le clergé, étaient intégrées. Cependant, notre modèle n'en est pas un à pendule, mais à spirale. La réintégration des trois systèmes se réalisera en retenant et en utilisant ce que nous avons appris dans l'intervalle, et elle sera donc très différente de ce qu'elle était il y a huit siècles. Ce « remariage » pourra-t-il résoudre les dilemmes soulevés par la nécessité de rationner les ressources médicales pour répondre aux besoins d'une population vieillissante ? La réponse à cette question dépend de celle qu'on pourra donner à deux autres questions : Pouvons-nous accepter les conséquences de nos décisions ? Et, point encore plus important, ceux et celles qui doivent subir les conséquences de nos décisions pourront-ils les accepter, même si elles peuvent parfois représenter leur arrêt de mort ?

Sœur Nuala Kenny

L'éthique dans le domaine des soins de santé est un sujet d'actualité. Presque tous les organismes du secteur de la santé que je connais ont récemment tenu un colloque, un débat ou une retraite portant sur les questions d'éthique. En dépit de l'intérêt que suscite actuellement la prise de décisions touchant les ressources en matière de soins de santé, le sujet n'est pas nouveau. Il se peut toutefois que les décisions soient plus difficiles à prendre de nos jours. La rapidité du progrès technologique a rendu presque inutile la distinction morale classique entre les moyens ordinaires et extraordinaires d'intervention. Le coût des merveilleuses réalisations scientifiques et techniques de notre époque nous amène inévitablement à nous demander si elles en valent la peine dans une société aussi axée sur la consommation que la nôtre. Ce qui importe peut-être plus encore, c'est que les valeurs différentes attribuées au progrès technologique et au coût qu'il comporte nous ont poussés à examiner ces questions plus attentivement qu'auparavant. Il a toujours été difficile de prendre des décisions. Les choix touchant la vie et la mort, la santé et la maladie ou la souffrance donneront toujours à la logique décisionnelle une dimension plus humaine ainsi qu'une certaine vulnérabilité. Avec le temps, il devient de plus en plus évident que la répartition et l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé sont une question d'intérêt public. Ainsi, les décisions en cette matière n'auront un fondement éthique véritable que lorsque les valeurs en cause auront été définies clairement. Bien définir les valeurs individuelles constitue une première étape. Quant à savoir s'il existe vraiment une éthique publique, c'est là une toute autre affaire. Examinons donc ensemble certaines questions qu'il y a lieu d'élucider si nous voulons faire quelque progrès en ce domaine.

Qu'entendons-nous par l'expression « soins de santé » ?

En quoi consiste cette santé dont nous sommes si préoccupés ? Réflexion faite, il est évident que la santé est bien plus que l'absence de maladie. Dans les moments de grande sensibilité, notamment, nous nous rendons compte que la santé est une expérience positive. Elle est l'expression de la réalisation complète du potentiel humain, sur le plan non seulement physique mais aussi intellectuel, émotif, moral, esthétique, social et politic. Puisque la santé est une réalité aussi complexe, il serait faux de croire que nous pouvons acquérir la santé par la seule voie du progrès technologique.

Quelles sont les attentes du public à cet égard ?

Les personnes que nous soignons comprennent-elles vraiment les limites de la science ? Tous les aspects de la maladie ne se résument-ils maintenant qu'à une question de traitement médical ? Quelle doit être la place des techniques modernes dans la prestation de soins de santé véritablement humains ? Dans quelle mesure notre conception de la santé influe-t-elle sur l'ordre de priorité de la société ? Et, peut-être plus important encore, sommes-nous disposés à payer le prix de ce que nous attendons dans ce domaine ?

Quelle est notre conception philosophique des soins de santé ?

Pour être en mesure de répondre aux questions qui précèdent, il nous faut d'abord préciser notre philosophie personnelle et collective à l'égard des soins de santé. Mes propres convictions à cet égard reposent sur deux principes. Le premier est que chaque personne a la responsabilité de sa propre santé et a le droit d'en disposer comme elle l'entend. La deuxième est que toute personne a droit

aux soins et à l'aide de la collectivité lorsqu'elle est incapable de se soigner elle-même tout comme elle a le devoir réciproque d'aider les autres en pareilles circonstances.

Dans la conjoncture actuelle, il serait indiqué d'examiner plus à fond ces deux principes. Avec la spécialisation accrue qui caractérise tous les aspects de la vie, nous devons nous demander franchement si nous encourageons convenablement la responsabilité individuelle en matière de santé. En revanche, nous devons être tout à fait disposés à payer le prix qu'il faut pour répondre aux besoins légitimes. Dans le cas des soins de santé, les questions de priorité liées aux décisions qui font intervenir des considérations éthiques mènent trop souvent à des conclusions différentes selon que les soins sont destinés à soi-même ou à un proche plutôt qu'à un inconnu.

En quoi consiste l'éthique ? Quel rôle doit-elle jouer dans la prise de décisions médicales ?

Quoique le besoin de fonder les décisions médicales sur des considérations éthiques suscite un intérêt certain dans le public, les professionnels de la santé qui sont effectivement appelés à prendre des décisions touchant des patients affichent en général une réticence à cet égard. L'hésitation et la sous-utilisation des comités d'éthique existants sont en partie attribuables à l'ignorance. L'éthique est la science du bien et du mal. Elle comporte des règles formelles touchant la prise de décisions. Elle ne prescrit pas les choix à faire dans des cas particuliers mais fournit plutôt un cadre permettant de prendre de bonnes décisions. Toutefois, les arbitrages se font nécessairement en fonction d'un système de valeurs précis, et c'est sur cet aspect qu'il faut maintenant faire porter notre réflexion. À une époque moins difficile où l'on pouvait supposer que la plupart des Nord-Américains vivaient selon les préceptes judéo-chrétiens, il n'était guère nécessaire de préciser les valeurs qui présidaient à l'ordre social. Il était présumé que tous partageaient les mêmes valeurs fondamentales. Avec le pluralisme croissant de notre société, les systèmes de valeurs se sont multipliés et se trouvent souvent opposés les uns aux autres. Presque toute valeur que l'on pourrait qualifier de traditionnelle est susceptible de soulever un débat au sein d'un quelconque groupe de la société. La discussion et la résolution de ces divergences sont difficiles pour tous et chacun d'entre nous. Dans le domaine médical, les personnes chargées de prendre des décisions sur des questions particulièrement importantes et délicates ont tout autant de difficulté à trancher. Leurs décisions sont toutefois soumises à l'examen public. En outre, pour que le clinicien soit en mesure de répondre véritablement aux besoins des patients et de leur famille, il doit se renseigner sur leurs systèmes de valeurs et en tenir compte dans ses décisions.

Puisque les considérations éthiques font inévitablement surgir la question des politiques, les restrictions financières qui frappent actuellement les programmes de santé obligent les collectivités à préciser leurs systèmes de valeurs. En d'autres termes, comme les ressources sont limitées et qu'elles le seront toujours, il importe d'examiner attentivement la façon dont se prennent les décisions.

Comment intervient la contrainte financière ?

Pourquoi devons-nous prendre des décisions en fonction de ressources limitées ? Les ressources sont-elles vraiment limitées ou la collectivité a-t-elle décidé de limiter les ressources consacrées aux soins de santé ? À une époque où l'on est de plus en plus exigeant à l'égard du système des soins de santé et où les contraintes de ressources se font davantage sentir, il importe que la collectivité participe activement à l'établissement des priorités. Chaque individu qui bénéficie du système des soins de santé doit reconnaître que les contraintes de ressources le touchent directement et imposent une limite à ses besoins, à ceux de sa famille ainsi qu'à ceux des « autres ».

La société en tant que collectivité humanitaire

Mon exposé repose sur une hypothèse, à savoir que notre société aspire à être une collectivité humanitaire. Les soins de santé ne se résument plus à une simple question de rapports personnels. L'époque où le médecin de famille faisait consciencieusement ses visites à domicile est révolue. De nos jours, la prestation des soins de santé, bien qu'elle repose encore sur le contact personnel, s'inscrit dans un ensemble complexe d'interactions. Comment ce système est-il organisé ? Avons-nous fait en sorte que les décisions prises respectent l'intégrité tant individuelle que collective ? Bien que certains aspects de ces décisions soient de nature purement médicale, il devient de plus en plus nécessaire de faire des arbitrages difficiles dans lesquels interviennent les droits individuels, les responsabilités familiales, la politique de l'hôpital, les contraintes de ressources et d'autres facteurs. Pour en arriver à dispenser des soins à la fois humains et compétents, nous devons être disposés à assumer le coût de la mise au point des nouvelles techniques dans ce domaine tout en s'assurant que les décisions prises sont justes et équitables.

Discussion générale

Question : *Le témoignage de Margaret Somerville donne à entendre qu'une réduction des dépenses pour la santé entraînera une diminution des soins. Le corollaire, à savoir qu'une augmentation des dépenses se traduirait par une augmentation des soins, serait-il également vrai ?*

Réponse : Dans le passé, nous croyions que les soins médicaux pouvaient être divisés en deux groupes, mais maintenant, nous en avons trois : sous-traitement, surtraitement et traitement adéquat. Le sous-traitement tout comme le surtraitement constituent une faute professionnelle, tandis que par le passé, seul le sous-traitement était considéré ainsi. L'idée que le surtraitement puisse constituer une faute professionnelle était quasi inconcevable.

Question : *Plus nous étudions la question, plus nous pensons qu'il y a une réponse qui nous échappe. La réponse ultime semble revêtir un caractère davantage religieux qu'éthique et, si tel est le cas, il n'est pas évident que nous pourrons tous nous entendre sur la solution ultime. Comment peut-on résoudre ce paradoxe ?*

Réponse : Dans notre société, les questions d'ordre éthique ont un fondement religieux. Voilà qui peut entraîner de sérieuses difficultés. En l'absence d'un fondement semblable, on est tenté d'en chercher un autre. Il semble alors qu'il faille adopter une approche à deux volets : dans un premier temps, il s'agit de cerner les questions sur lesquelles nous ne pouvons pas nous entendre en raison de nos croyances religieuses différentes et, dans un deuxième, après avoir examiné notre vécu quotidien et notre histoire, il faudrait définir les questions sur lesquelles nous pouvons trouver un terrain d'entente. Plutôt que de dire que l'éthique ne nous est pas d'une grande utilité, il nous faut faire cette démarche intellectuelle ardue.

Question : *Les comités de déontologie devraient-ils résoudre des problèmes dans des cas particuliers, c'est-à-dire au niveau du médecin ou du malade ?*

Réponse : On a vu des comités de déontologie faire leur apparition un peu partout en Amérique du Nord, et ils sont peut-être en voie de devenir une condition préalable à l'agrément des hôpitaux. En réalité, les hôpitaux y ont peu recours, précisément parce que les médecins craignent que ceux-ci leur dictent leur comportement dans des cas particuliers.

La principale préoccupation qu'ont les gens a trait au nombre restreint de personnes qui prennent les décisions. Le médecin, la famille, l'hôpital et peut-être l'avocat devraient avoir voix au chapitre.

En tant que médecin, vous comprenez que le conflit se situe à un niveau très fondamental. Continue-t-on à maintenir artificiellement les fonctions vitales ou non ? Doit-on poursuivre la réanimation ou non ? C'est là qu'on touche le nœud du problème et qu'on comprend la profondeur du désaccord.

Le rôle des comités de déontologie n'est pas d'assumer la responsabilité de la décision finale, mais plutôt d'aider les personnes en cause à cerner ce qu'elles considèrent comme le point le plus important dans une situation donnée.

Permettez-moi de vous donner un exemple : en raison de mes croyances religieuses, je ne suis pas d'avis que mourir soit la pire chose qui puisse arriver à une personne. Je suis médecin et je ne vous laisserai pas mourir sans vous avoir prodigué tous les soins médicaux raisonnables. J'ai soigné des enfants atteints de leucémie tout en étant consciente de ce qui adviendrait après la deuxième ou la troisième série de traitements de chimiothérapie. En fait, dans certains cas, je suis heureuse de m'asseoir avec la famille et de lui dire : « Parlons donc de ce qui se passe ici ». Lorsqu'une personne est convaincue qu'il n'y a rien d'autre que cette vie, ici et maintenant, sa réponse est largement tributaire de cette conviction. L'éthique se doit de nous faire comprendre pourquoi nous ne nous entendons pas sur ce point. Si elle veut nous fournir un espoir quelconque à ce stade, la bioéthique doit se pencher sur le fond même de ce désaccord.

Question : *Quelles règles les administrateurs d'hôpitaux doivent-ils suivre afin de prendre des décisions plus judicieuses en matière d'éthique, et comment peut-on les aider à y parvenir ?*

Réponse : À cet égard, il faut se pencher sur les différents niveaux de la prise de décisions.

Les administrateurs d'hôpitaux et le médecin qui se trouve dans une relation médecin/malade se situeraient à des niveaux différents pour ce qui est de la prise de décisions ayant des retombées juridiques et éthiques. Par exemple, si un médecin décidait de ne pas traiter un malade mais de conserver les ressources pour un malade futur, sa décision constituerait un abus de la confiance qui est inhérente à la relation médecin/malade. Le fait pour vous, en tant qu'administrateurs d'hôpitaux, de décider de créer une unité de gérontologie plutôt qu'une unité de

soins périnataux ne serait pas nécessairement contraire à l'éthique, et ce, même si vous savez que votre décision fera des victimes.

Je reprendrai ici le sujet abordé par Sœur Kenny. On assiste actuellement au Canada à un grand mouvement en faveur de la création de comités de déontologie en bonne et due forme dans les hôpitaux, comme des comités d'examen des soins dispensés aux nourrissons, des comités de déontologie de la recherche et des comités de déontologie de la médecine clinique. Il arrive souvent qu'on ne prenne pas la bonne décision, mais au moins, on a mis en place un processus de décision valable en établissant des comités de déontologie.

Les médecins craignent énormément que ces comités se livrent à une chasse aux sorcières. Il faudra faire tout un travail de sensibilisation. En tant qu'administrateur, vous devrez vous sensibiliser vous-même et ensuite sensibiliser votre personnel. Et l'une des façons de sensibiliser votre personnel est justement d'établir un comité de déontologie. Et vous avez alors quelque chose qui ressemble à une société de formation mutuelle. Ni le comité de déontologie ni le personnel ne savent ce qu'ils font, mais ils apprennent ensemble.

Question : *Certains allèguent que les médecins et les autres professionnels de la santé sont obligés de jouer le rôle du prêtre. Voilà qui soulève certaines inquiétudes. Depuis des millénaires, les malades ont préféré le médecin, parce que celui-ci n'a pas un parti-pris religieux aussi marqué. La religion peut engendrer la dissention plutôt que l'unité, alors que ce à quoi nous aspirons c'est une discussion plus ouverte exempte de préjugés. Évidemment, personne n'est complètement à l'abri des préjugés, nous avons tous un préjugé pour ou contre l'existence de Dieu. C'est pourquoi le public devrait participer à la discussion, non pas parce que chacun d'entre nous a un sentiment personnel de ce qui est bien et de ce qui est mal. Il s'agit donc maintenant de déterminer comment sensibiliser davantage le public et le faire participer à ce processus de décision.*

Réponse : Si l'on passe en revue l'histoire des soins médicaux, on voit que ces soins ont toujours conservé un caractère mystérieux et que l'élément religieux a toujours été indissociable de la connaissance et de la science. Puis arriva la révolution scientifique et la nouvelle technologie du XX^{e} siècle. Elles ont fait osciller le balancier jusqu'à un point extrême, où tout le monde est envoûté par la technologie. Bien que nous soyons encore à ce point extrême, nous commençons à comprendre qu'une certaine compassion devant le mystère de la relation entre l'être humain et la souffrance est un élément indispensable des soins. Il nous faut donc humaniser l'usage que nous faisons de la technologie médicale et non pas laisser la technologie nous dominer. Il faut former des groupes de parents, de membres de la famille et de patients qui se pencheraient sur certains problèmes inhérents aux soins de santé. C'est toutefois l'équipe soignante qui a la principale responsabilité pour ce qui est de les sensibiliser à tous les bienfaits de la thérapie. Cela suppose évidemment que les membres de l'équipe se soient arrêtés pour réfléchir aux bienfaits éventuels et aux limites de la technologie.

Même nos propres traditions ont intégré la religion de différentes façons, mais même si nous devions la réduire à la vision qu'a l'individu de la réalité, nous ne devrions pas nous attendre à trouver l'harmonie. Nous ne pouvons pas non plus trouver un terrain d'entente en disant : « Mettons à l'écart nos attitudes sectaires en matière de religion et dégageons l'essence philosophique de nos croyances ». Bien qu'il ne nous sera pas facile d'arriver à cette unité, il ne faut pas sombrer dans le désespoir. Nous éprouvons un besoin inné de mysticisme et nous avons projeté cette quête mystique dans la médecine. Auparavant, les miracles appartenaient au domaine religieux, aujourd'hui on parle des miracles de la médecine moderne. Ce transfert terminologique n'est pas accidentel.

Enfin, pour répondre à cette question de même qu'à la question précédente sur le rôle de l'administrateur, il pourrait être utile de s'inspirer de la dernière phrase de l'exposé de Sœur Kenny : Elle affirme : « Pour arriver à fournir des soins vraiment humains et convenables, nous devons être disposés à supporter le coût de la mise au point de la technologie sanitaire et à faire en sorte que les décisions soient justes et équitables ». On pourrait ainsi dire : « Pour arriver à une administration vraiment humaine et convenable, nous devons être disposés à résister à l'augmentation effrénée des coûts et du rythme dedéveloppement des soins médicaux et de la technologie età faire en sorte que les décisions soient prises de façon juste et équitable et sans retards indus ».

9 Le programme canadien de soins de santé dans l'avenir

Claude E. Forget

Le sujet même du débat auquel nous sommes conviés comporte une bonne dose de paradoxe. En ayant à l'esprit l'axiome : « si l'objet n'est pas brisé, ne le réparez-pas », il y a lieu de se demander s'il est bien sage de procéder à un examen minutieux et à des discussions poussées sur le système en place au Canada pour la prestation des services de santé. Ne sommes-nous pas, en général, plutôt satisfaits du succès de ce système, comme en témoigne l'accroissement de l'espérance de vie au cours des 25 dernières années et l'instauration d'une plus grande justice par le biais de l'accès universel aux services de santé sans égard à la capacité de payer tout cela dans le contexte d'une gestion responsable de nos ressources économiques et budgétaires ? D'ailleurs, les sondages ne font-ils pas régulièrement état du fait que la population semble très satisfaite du système actuel ? Les politiques de dépenses de l'État ne démontrent-elles pas la priorité élevée que nos politiciens accordent aux programmes de santé dans une période difficile au plan budgétaire ? Les experts peuvent diverger d'opinion sur le caractère réel ou durable de ces réalisations. Un groupe ou l'autre, avec l'intention tacite (ou peut-être inconsciente) d'accroître ses propres revenus ou d'améliorer ses conditions de travail, peut critiquer le système et affirmer qu'il souffre de « sous-capitalisation ». Il peut arriver, à l'occasion, qu'il soit question dans les médias ou devant les tribunaux d'une défaillance des services. Cependant, tout cela ne semble causer que peu de perturbation, sinon aucune, dans le climat d'auto-satisfaction qui prévaut à l'égard de notre régime national d'assurance-santé.

Négligeant encore davantage les considérations structurelles, certains courants d'opinion ont tendance à minimiser l'importance de notre système de soins de santé – axé sur l'intervention curative – jugeant d'ailleurs que tout remaniement de ce système – à leurs yeux dépassé – serait un gaspillage de temps et d'énergie, qu'il vaudrait mieux consacrer à l'élaboration d'une stratégie plus fondamentale de maintien de la santé.

Ainsi, comme nous pouvons le voir, les raisons qui militent en faveur du statu quo sont nombreuses, et elles pourraient bien prévaloir, peu importe ce que nous dirons ici aujourd'hui. Les arguments opposés, qui insistent sur la nécessité de réexaminer le système de prestation des services de santé, doivent faire l'objet d'un examen minutieux. Non seulement doivent-ils être valables, mais il faut qu'ils soient suffisamment convaincants pour l'emporter sur les arguments qui jouent en faveur du statu quo.

Dans cet exposé, je poursuis un double objectif : premièrement, j'essaie de montrer quels sont les points forts et les points faibles du régime d'assurance-santé en vigueur au Canada. Les Canadiens partagent deux opinions à ce sujet : ils apprécient les nombreux éléments positifs du système actuel mais, en revanche, ils expriment des réserves quant à son fonctionnement et à son bien-fondé. La fascination qu'exerce, dans bien des milieux, le concept de la privatisation (sous l'une ou l'autre de ses nombreuses formes) ou certains éléments du système américain qui, pour une grande part, n'est pas nationalisé, montre que certaines qualités manquent encore à notre système de prestation des services de santé. Mon second objectif est d'esquisser une autre solution possible pour la structuration des services de santé, solution qui n'est pas axée sur la privatisation. Évidemment, dans mon esprit, ces deux volets sont interdépendants. La structure proposée vise en effet à pallier aux déficiences latentes du système existant, en allant au-delà des simples solutions de nature comptable et administrative qui sont présentées sous l'étiquette de la « privatisation ».

Inutile de dire que tout cela est mis de l'avant à titre de proposition, avec l'intention de susciter quelque peu la controverse et d'alimenter la discussion. Mais il ne s'agit pas pour autant d'un exercice gratuit; il part plutôt de la conviction que les caractéristiques dynamiques à long terme du système actuel nous éloignent lentement, mais inexorablement, des objectifs que nous voudrions atteindre.

Points forts et points faibles du système canadien d'assurance-maladie

Le sujet de la présente séance n'est pas, après tout, si paradoxal. Les Canadiens sont satisfaits de leur régime d'assurance-maladie, mais cela ne les empêche pas de songer à beaucoup de points qui pourraient être améliorés. Or, il n'est sûrement pas inutile d'examiner toutes ces

déclarations d'appui qui sous une forme polie, comportent certaines réserves, comme : « en effet, nous avons un bon système de soins de santé, mais telle ou telle caractéristique n'en est pas moins déplorable ». Cela est presqu'aussi embarrassant que de demander à un enfant ce qu'il pense de ses parents et de se voir répondre : « je les aime bien, mais ils se querellent trop souvent »... pour ne pas parler d'autres réponses possibles que je préfère laisser à votre imagination ! Cet embarras est attribuable à plusieurs facteurs sur lesquels je reviendrai plus loin.

L'appui réservé que suscite le régime actuel

Il est facile de dresser une liste de griefs qui dans presque tous les cas sont précédés du coup d'encensoir habituel sur les mérites de notre système de soins de santé :

1 La population canadienne est généralement satisfaite – à en croire les sondages – du régime national d'assurance-maladie, mais certains se plaignent des périodes d'attente trop longues dans les salles d'urgence ou pour certaines interventions chirurgicales, des installations inadéquates ainsi que des services de soutien insuffisants, particulièrement pour les personnes âgées.

2 La compétence de notre corps médical lui vaut le respect général et vient renforcer son prestige, mais les professions et techniques parallèles, depuis les traitements à base de plantes, jusqu'aux acuponcteurs, à la massothérapie exotique et autres connaissent une popularité grandissante. Peut-être plus important encore est le fait que le statut du « guérisseur » est en quelque sorte remis en question à la faveur de l'évolution des idées dans le domaine de la santé, alors que l'accent est mis davantage sur la responsabilité personnelle de chacun dans les décisions relatives au style de vie – comme en témoignent la vogue des programmes de conditionnement physique, les changements dans les habitudes alimentaires, le déclin du tabagisme, et même l'avènement de trousses personnelles d'auto-diagnostic.

3 On souligne le rôle important que joue notre régime d'accès universel aux soins de santé, financé par le secteur public, en vue d'assurer une plus grande égalité sociale, mais il y a en même temps de fortes pressions qui s'exercent en faveur de la surfacturation et de l'instauration de tickets modérateurs, deux éléments qui auraient pour effet de réduire la contribution du régime à cet égard.

4 Le corps médical ne lutte plus contre l'assurance-maladie et il a peut-être même une attitude positive à son endroit, mais il se plaint du sous-financement du système actuel.

5 Les économistes spécialisés dans le domaine de la santé estiment que notre régime se compare avantageusement à n'importe quel autre, mais ils font remarquer aussitôt qu'il ne renferme aucun élément qui inciterait à faire nombre de « bonnes choses » qu'un système de soins de santé devrait favoriser, sans compter qu'il comporte certains aspects qui incitent à faire quelques-unes des « choses moins bien » qu'il faudrait éviter.

6 Nous sommes presque unanimes à dire que notre système est certainement préférable à celui qui prévaut aux États-Unis, mais nous sommes en même temps fascinés par les innovations de nos voisins dans la prestation des services de santé, leur organisation et leur structure de financement (les *health maintenance organizations* [HMO], les chaînes d'hôpitaux, le regroupement des malades selon des catégories de diagnostics).

7 Les administrateurs d'hôpitaux prétendent connaître tous les trucs qui existent pour accroître la productivité en milieu hospitalier, mais ils ne semblent pas capables de les appliquer ou de rationaliser leurs opérations sans une aide ou un apport substantiel de la part des gouvernements.

8 Les experts soutiennent que les coûts des soins de santé sont raisonnables et que leur croissance est généralement bien contrôlée, mais les politiciens et d'autres estiment qu'ils sont devenus incontrôlables.

9 Il est probable que les Canadiens souhaiteraient que davantage de ressources soient consacrées aux soins de santé, mais comme contribuables, ils trouvent que leurs impôts sont trop élevés.

Cette liste de griefs n'a pas été dressée pour le seul plaisir de le faire. Bien sûr, ces plaintes peuvent être repoussées en invoquant l'argument qu'elles sont autant de preuves de l'incohérence de l'être humain ou de sa tendance à agir comme un enfant gâté. Mais pourquoi faudrait-il se montrer si condescendant ? À moins de vouloir défendre le statu quo à tout prix, il n'y a aucune raison valable de ne pas prendre ces plaintes au sérieux. Il serait sans doute facile de donner l'impression de le faire, pour rejeter chaque plainte en rétorquant qu'elle n'est pas fondée, qu'elle est exagérée ou intéressée et, par conséquent, qu'elle est sans importance. Cela peut être le cas pour certains des griefs exposés, mais je crois que derrière chaque plainte se cache quelque chose – un vice fondamental, plus important que l'un ou l'autre des symptômes particuliers qui peuvent être à l'origine de la plainte. Ce vice fondamental tient au sentiment d'*impuissance* ressenti par tous les intervenants au sein du système.

Le régime d'assurance-maladie n'est pas mauvais – il est même excellent sous la plupart des rapports – mais dans l'optique d'une personne en particulier, il est en quelque sorte immuable. Cette incapacité d'influer de façon perceptible sur la taille de la composition, l'évolution du système engendre une sorte de frustration, un sentiment d'inutilité ou un ressentiment qui est proportionnel aux attentes des divers intervenants qui souhaitaient pouvoir faire bouger les choses. En fait, chaque groupe prend facilement pour acquis que les autres ont effectivement une influence, et il n'est pas nécessaire que cette hypothèse soit vraie pour en ressentir encore plus de frustration. N'est-il pas vrai, par exemple, que :

– Les consommateurs n'ont que peu de possibilités d'exprimer leurs préférences quant aux genres de services offerts et à leur nombre, et que même lorsque ces possibilités existent, il y a peu de chance que les préférences exprimées aient une incidence déterminante sur l'affectation des ressources.

– Il n'existe aucun moyen, pour les professionnels de la santé, de répondre à la demande ou de l'anticiper en innovant de façon autonome et en élargissant leur champ d'activité.

– Les gestionnaires des établissements ne peuvent faire aucun choix véritable en matière d'affectation des ressources, d'organisation ou d'orientation.

– Les gouvernements n'ont aucun moyen de stimuler l'efficacité ou l'efficience, la seule voie d'intervention pratique étant le plafonnement des dépenses.

Affirmer que personne ne peut exercer une influence quelconque sur le système n'est qu'une légère exagération. . . et encore. Ce genre de situation n'est pas uniquement le résultat de décisions conscientes; le secteur de la santé dans une société moderne, peu importe laquelle, est l'un des plus complexes et des plus importants. Personne, pas même le gouvernement ou une grande société multinationale, ne peut décider unilatéralement de ce qui se produit dans une très grande industrie. Mais dans le secteur de la santé, cette difficulté se complique encore en raison de la nature du système mis en place pour offrir un régime universel d'assurance-maladie.

Les causes de la rigidité du système

Lorsque le Canada a adopté un régime national d'assurance-maladie, il y a déjà 25 ans, il a procédé par étapes. D'abord les services hospitaliers et diagnostiques ont été couverts, vers la fin des années 50, et c'est seulement plus tard, vers la fin des années 60, que sont venus s'ajouter les services médicaux. Dans un cas comme dans l'autre, l'objectif visé par le programme était de défrayer la note. Un auteur a décrit la situation comme étant un régime de « financement sans organisation ». Quand le système a été mis sur pied, on le présenta non pas tellement comme un changement structurel profond, mais plutôt comme une mesure visant à remplacer les autres sources de financement alors offertes par des tierces-parties; l'État s'est substitué aux assureurs privés, mais sans pour autant prétendre diriger les services de santé.

Cette volonté d'abstention de la part des gouvernements représentait le prix à payer pour vaincre la résistance des médecins. Bon nombre de ceux-ci craignaient la « médecine socialisée », et il n'a pas été facile de persuader le public que cette crainte était injustifiée, sauf en manifestant clairement l'intention de ne pas s'immiscer dans le système au-delà des questions de financement.

L'évolution de la situation budgétaire au cours des 10 dernières années a révélé progressivement que les nouveaux arrangements concernant les services de santé correspondaient, en réalité, à un changement structurel. Alors que les assureurs privés auraient « refilé » les augmentations de coûts à ceux qui paient les primes (comme l'a montré l'expérience américaine), les gouvernements n'ont pas accepté longtemps d'assumer passivement un tel rôle; ils se sont rapidement employés à contrôler les coûts, modifiant ainsi la structure réelle du processus de décision. Il en est résulté un système fortement centralisé dont l'influence a été ressentie de façon plutôt négative : il est à peu près impossible de faire quoi que ce soit sans l'autorisation du gouvernement, mais les cas où le recours à cette autorité centrale a donné des résultats positifs sont encore plus rares.

Dans une étude des avantages de différents modes d'organisation des services de santé, Maynard (1982, pp. 504-509), a constaté que le pouvoir de planifier, qui est si nettement implicite dans les vastes pouvoirs dont dispose le gouvernement britannique en regard au service national de santé de ce pays, n'a jamais été réellement exercé pour établir des objectifs et mettre au point des stratégie ! Il est quelque peu ironique de voir ce même auteur faire un commentaire favorable en signalant les faibles coûts administratifs du système britannique (Maynard, 1982, p. 493).

Un autre facteur qui a tendance à masquer les répercussions d'un changement structurel du système réside dans les caractéristiques – originales et actuelles – de cette structure. Les hôpitaux, qui sont une composante

fort importante du système, fournissent un exemple remarquable de ce que Mintzberg (1983) a appelé les bureaucraties professionnelles. Celles-ci recourent le moins possible à la supervision et à la direction hiérarchiques. Des secteurs complets d'activité sont laissés à la discrétion de professionnels autonomes; l'autorité administrative est étroitement circonscrite, de sorte que quoiqu'on fasse pour modifier le champ d'application de cette autorité, l'impact global se trouve limité, du moins jusqu'au moment où d'autres changements se produisent également.

Le contexte structurel favorise la culture organisationnelle qui a prévalu jusqu'ici au sein de notre système de prestation des soins de santé. C'est cette structure qui a donné aux médecins l'autonomie dont ils jouissent ainsi que l'autorité sur le personnel « paramédical » – étant entendu implicitement que la démarche du médecin est guidée par les fortes valeurs professionnelles découlant du serment d'Hyppocrate, lequel est un élément de la culture organisationnelle de notre système de soins de santé.

L'attitude non-interventionniste du gouvernement fédéral n'a pas été compensée par une plus grande volonté, de la part des gouvernements provinciaux, de gérer eux-mêmes les services de santé. À ce niveau – même en Saskatchewan et au Québec où l'on a observé peut-être la manifestation la plus nette d'une volonté politique de jouer un rôle actif – la plupart des mesures prises ont consisté, en réalité, à éviter les questions les plus épineuses, ou ont été les conséquences directes des priorités établies en matière de contrôle des dépenses. On a ainsi constaté un raffinement des techniques de contrôle budgétaire, une certaine rationalisation des achats des hôpitaux, une certaine réduction du nombre de lits affectés au traitement des maladies aiguës, mais à peu près rien n'a été fait dans le sens d'un effort systématique pour rationaliser le système dans son ensemble et en définir les orientations. La réglementation visant les professionnels de la santé a été simplifiée dans certaines provinces, mais sans qu'il en résulte une véritable modification de statut de la profession médicale. Même les efforts déployés au Québec pour modifier le style et la nature du système de prestation des services de santé, par la mise en place d'un vaste réseau de CLSC, n'ont réussi qu'à ajouter un autre niveau d'intervention au système plutôt que de constituer une voie de rechange à la formule traditionnelle.

Si les appréhensions des médecins concernant la « socialisation de la médecine » ont largement disparu, une autre source de rigidité, plus récente, se fait néanmoins sentir. Les politiques sociales actuelles sont souvent les symboles des luttes idéologiques d'une autre époque. Ceux pour qui ces politiques ont représenté une victoire ont tendance à les considérer comme des vaches sacrées et à résister, non seulement à tout changement mais même à une analyse critique de celles-ci.

Dans ce débat, les planificateurs du domaine de la santé ont un préjugé manifeste. Leur préférence va vers un système qui répond bien aux politiques et aux priorités du gouvernement, parce que ces gens sont pour la plupart optimistes : ils s'imaginent facilement – eux ou d'autres ayant la même conception des choses – aux postes de commande. Pour un grand nombre d'observateurs, un système centralisé donnant au gouvernement un grand pouvoir d'intervention en matière de services de santé apparaît comme un pas dans la bonne direction pour une société éclairée. Mais en est-il vraiment ainsi ?

Il serait sûrement exagéré d'affirmer que la planification des politiques en matière de santé est bien vivante et se porte bien au Canada. Si l'aptitude à planifier les services qu'un système centralisé est censé pouvoir offrir constitue un important argument en faveur du statu quo, il ne fait alors aucun doute que le statu quo doit être remis en question.

Pourquoi souhaite-t-on de nouveaux arrangements ?

Si le sentiment d'impuissance constitue l'élément commun à presque tous les cas d'insatisfaction à l'égard du régime actuel – comme c'est le cas à mon avis – il ne faut pas s'étonner de l'attrait qu'exerce l'idée de la privatisation. Cette formule correspond en effet au genre de changement capable de redonner aux individus et aux institutions l'espoir d'influer sur le cours des événements.

La privatisation – ou plus précisément un mélange d'interventions publique et privée dans le financement et la gestion des services de santé – n'est pas seulement un sujet à la mode dans les médias ainsi que dans le discours politique actuel, mais elle est aussi une source d'inspiration qui est à l'origine de nombreuses publications savantes, dont une des plus remarquables est l'enquête menée l'an dernier sur ces questions par les professeurs Stoddart et Labelle (1985).

Un fossé impressionnant s'est creusé entre les experts, d'une part, et le grand public et les politiciens, d'autre part, sur la question de la privatisation. Les experts, en effet, n'ont pas trouvé grand chose de valable dans cette formule, comme remède aux problèmes que connaît notre régime d'assurance-maladie. Pour être honnête, nous allons examiner brièvement leurs conclusions principales :

1 Les mesures de coassurance (frais d'utilisation, tickets modérateurs, et ainsi de suite) pourraient sûrement aider à réduire les coûts de l'assurance-maladie pour les *gouvernements*, à condition que les frais imposés soient suffisamment élevés. Mais il ne s'ensuivrait pas nécessairement une diminution des coûts totaux des services de santé; ils pourraient même augmenter, comme l'expérience américaine semble le démontrer. Cela ne favoriserait pas la position concurrentielle du Canada (pour ceux que cette question pourrait préoccuper dans le débat actuel sur le libre-échange entre le Canada et les États-Unis) parce que les employeurs devraient assumer des coûts égaux ou plus élevés au chapitre de la santé, en partie par le biais de l'impôt et en partie par le truchement des primes qu'ils versent au profit de leurs employés. L'expérience américaine démontre que les gouvernements continueraient à défrayer près de 100 % des coûts pour les personnes âgées et les pauvres qui, ensemble, peuvent représenter environ 40 % de la population totale. À l'heure actuelle, les gouvernements aux États-Unis assument 62 % des coûts des services de santé, mais en ne couvrant que les 40 % de la population qui font l'usage le plus intensif de ces services.

Un recours généralisé aux modalités de coassurance ferait augmenter les coûts d'administration – par une marge peut-être fort importante – ce qui réduirait d'autant les avantages éventuels de leur adoption.

2 Une application rigoureuse du principe de la coassurance qui aurait pour effet de réduire la consommation de services de santé, nuirait éventuellement à l'efficacité de l'ensemble du système, car la baisse dans l'utilisation des techniques de diagnostic relativement peu coûteuses toucherait les personnes à faible revenu dans une plus forte proportion, engendrant une distorsion supplémentaire dans les profils de consommation de ces services et réduisant la contribution du régime au maintien de la santé en général. Les frais d'utilisation et les tickets modérateurs feraient hésiter les personnes à faible revenu à consulter un médecin dès l'apparition de symptômes, les incitant à attendre jusqu'à ce que les problèmes de santé deviennent trop graves pour être ignorés. L'idée que des frais d'utilisation contribueraient à réduire la consommation « non nécessaire » présuppose que les gens recourent inutilement aux services de santé ou qu'il est possible pour n'importe qui de savoir à l'avance ce qui est nécessaire et ce qui ne l'est pas. Or, il n'existe aucune étude empirique rigoureuse à l'appui de cette hypothèse.

3 Il y a peu de raisons de penser que les procédés thérapeutiques majeurs, comme les interventions chirurgicales importantes, ont une élasticité-prix élevée. Dans une forte proportion, les dépenses encourues pour ces interventions surviennent au cours de la phase aiguë d'une maladie, et fréquemment durant les six mois précédant la mort. Dans de telles circonstances, les coûts ne peuvent être une considération dominante. Manifestement, le simple manque d'argent pourrait empêcher certaines personnes de se prévaloir de ces services. Mais la seule possibilité que des personnes âgées ou pauvres ne puissent avoir accès à ces interventions susceptibles de leur sauver la vie garantirait le financement intégral de ces services pour les membres de certains groupes cibles, soit par les gouvernements eux-mêmes (pour les anciens combattants, les personnes âgées, et les pauvres) ou par les employeurs (pour les employés syndiqués des grandes entreprises, le personnel cadre et les professionnels, ainsi que pour les fonctionnaires). Dans ce contexte, l'impact de la coassurance ne serait pleinement ressenti que par les chômeurs, les travailleurs autonomes et les travailleurs à faible revenu; telle est d'ailleurs la situation que l'on peut observer aux États-Unis, où la classe moyenne est aussi bien protégée qu'au Canada, quoiqu'à un coût plus élevé.

En somme, lorsque le rationnement par les prix est susceptible de fonctionner dans le secteur de la santé, on ne le laisse pas jouer sauf pour un petit nombre de groupes qui ne « méritent pas » une attention particulière. Dans son application concrète, tout système de coassurance est appelé à être soit gravement discriminatoire soit inefficace.

4 La privatisation des hôpitaux apparaît comme une voie de solution qui serait à l'abri des difficultés que nous venons d'évoquer. L'administration hospitalière – comme presque toutes les formes d'administration dans le secteur public ou le secteur à but non lucratif – n'est généralement pas considérée comme particulièrement encline à poursuivre agressivement des objectifs de rendement élevés. La privatisation ne fournirait-elle pas les stimulants qui manquent actuellement pour améliorer tout au moins l'efficience avec laquelle les ressources sont gérées dans ce segment le plus important (financièrement parlant) de notre système de prestation des soins de santé ?

Malheureusement, un examen de plusieurs études portant sur le rendement comparatif des hôpitaux privés à but lucratif (du point de vue de la propriété, mais surtout du point de vue de la gestion) et des hôpitaux publics à but non lucratif révèle qu'il n'existe aucune différence appréciable au niveau des coûts, si ce n'est dans certains cas des coûts plus élevés pour les établissements à but lucratif. Par ailleurs, les hôpitaux à but lucratif font voir

un rendement supérieur à celui des hôpitaux publics au chapitre des revenus – qui s'explique par une mise en marché plus agressive pour les services accessoires (Sloan et Vraciv, 1983).

Je n'ai rien à redire sur ces conclusions. Elles sont fondées sur un grand nombre d'études. Nous devons accepter le fait qu'un système de soins de santé comportant des éléments de coassurance ne serait pas moins coûteux pour la société et que des hôpitaux gérés par des intérêts privés ne seraient pas plus efficaces sur le plan des coûts. Mais, est-ce là le fond de l'histoire ?

L'intérêt que manifeste le grand public pour la privatisation n'est pas lié au critère coût-efficacité; de toute manière, pourquoi le public se préoccuperait-il du rapport coût-efficacité d'un programme financé par l'État ? Un tel intérêt n'existe d'ailleurs pas pour la plupart des autres programmes gouvernementaux. L'attrait qu'exerce la privatisation s'explique autrement, par exemple :

- par la probabilité qu'une activité financée par des intérêts privés sache mieux s'adapter aux préférences des consommateurs; et

- par l'ouverture que manifeste l'entreprise privée pour l'initiative.

En d'autres termes, les consommateurs et les prestateurs de services de santé rêvent d'un régime sur lequel ils auraient le sentiment d'exercer une certaine influence – à l'opposé du sentiment d'impuissance qu'ils ressentent actuellement. Dans un tel système, l'*innovation* et la *croissance* trouvent leur place, et leur rythme est déterminé par le succès obtenu, non par l'aptitude de telle ou telle personne à persuader l'autorité en place, tâche pratiquement impossible dans le contexte d'austérité budgétaire actuel.

L'apparition, aux États-Unis, de chaînes d'hôpitaux à but lucratif – dont certaines sont fort développées – constitue l'exemple presque parfait d'un développement qui, en lui-même, ne peut avoir d'application au Canada mais qui suscite malgré tout l'intérêt parce qu'il représente un changement structurel spontané et autonome dans le secteur hospitalier, ce qui paraît assez inconcevable dans notre pays.

L'émergence de conglomérats hospitaliers importants dans le secteur privé a créé l'impression qu'une forte proportion des hôpitaux américains appartenaient à la catégorie des entreprises « à but lucratif ». Mais cette impression est fausse. De 1972 à 1982, le pourcentage de ce type d'établissements est demeuré à peu près constant, ne variant que de 12,3 à 13 % et n'affichant aucune tendance particulière. Exprimé en pourcentage de lits affectés aux soins aigus, les hôpitaux privés ont en réalité augmenté leur part de 6,4 à 9 %, mais cette hausse s'est faite au détriment des hôpitaux institutionnels, appartenant aux États ou aux administrations locales, et non au détriment des hôpitaux non gouvernementaux à but non lucratif (le genre d'établissements que l'on retrouve le plus fréquemment au Canada). De fait, la plus grande part de l'augmentation observée dans le nombre de lits au cours de cette décennie (72 %) est attribuable à la croissance des établissements hospitaliers non gouvernementaux à but non lucratif.

Tout cela démontre, encore une fois, que le contexte nécessaire à une telle restructuration n'existe tout simplement pas dans notre pays et que, même aux États-Unis, la situation ne traduit pas un « avantage concurrentiel » inhérent aux institutions à but lucratif, au détriment des hôpitaux privés à but non lucratif du genre de ceux que nous avons ici. Mais celle-ci symbolise pour nous l'ouverture du système à l'entrepreneurship, ce qui fait justement défaut au Canada; si cet élément pouvait être introduit dans notre système, il donnerait probablement lieu à des développements compatibles avec la situation canadienne fort différents de ceux que l'on a pu observer chez nos voisins du sud.

Le système d'assurance-maladie en vigueur au Canada se classe très bien sur à peu près tous les plans (coûts globaux, contribution à la santé, justice sociale), tout au moins dans un sens statique. Néanmoins, pour ce qui est de l'innovation, de l'esprit d'entreprise et de la croissance, il ne soutient pas aussi bien la comparaison. Ces caractéristiques sont importantes pour tout système, du moins à long terme, parce qu'elles peuvent avoir un effet favorable au niveau de la qualité des services, de la satisfaction des consommateurs et du moral du personnel. Le défi auquel nous faisons face semble donc exiger que nous retenions les éléments positifs du système actuel, et que nous nous efforcions d'y ajouter ces autres caractéristiques souhaitables.

Quel autre système pourrions-nous avoir au Canada ?

Le système actuel impose un lourd fardeau aux médecins et aux administrateurs hospitaliers en ce qui a trait à la gestion des ressources. Par ailleurs, il n'offre aucun stimulant aux médecins pour les inciter à assumer leur part du travail de gestion, s'en remettant plutôt à une

conception révolue de l'éthique médicale. Ainsi, la gestion hospitalière est-elle placée au centre de pressions conflictuelles venant du gouvernement et de la profession médicale, sans aucun paramètre pour guider le règlement des conflits. La réforme du système devrait donc viser à corriger ces lacunes graves.

Un meilleur système de prestation des services de santé devrait reconnaître – plutôt que de combattre ou d'ignorer – l'influence des médecins sur l'utilisation des services, de même que leur position particulièrement avantageuse pour juger de la meilleure contribution possible à tirer des services spécialisés plus coûteux. Une fois ce principe accepté, il resterait ensuite à concevoir un système où le contrôle budgétaire monolitique du gouvernement ne serait pas tout simplement remplacé par un autre régime – tout aussi monolitique – dirigé par le corps médical ou, à l'autre extrême, par un régime largement discrétionnaire dépourvu de toute vérification ou contrôle. La solution ne peut résider que dans l'organisation de marchés concurrentiels pour les services de santé. Soyons honnête : il n'existe qu'un seul autre choix par rapport au mode d'organisation actuel axé sur les contrôles réglementaires imposés depuis le sommet de la pyramide; un autre choix est le modèle concurrentiel qui favorise un processus d'affectation des ressources opérant de bas en haut. Ce qui importe, en somme, c'est de remplacer les planificateurs par les consommateurs comme source d'influence la plus décisive sur ce que doit accomplir le système.

Mais pour réussir ce passage du modèle réglementaire au modèle concurrentiel, il est de première importance d'établir très clairement ce que nous devons attendre du jeu de la concurrence. Deux aspects majeurs doivent retenir notre attention : la facilité d'accès et d'utilisation des services de santé, et l'efficience de la gestion hospitalière.

La facilité d'accès et d'utilisation des services de santé

Le régime d'assurance-maladie que nous avons adopté au Canada a fait disparaître le prix comme obstacle à l'accès aux services; mais, comme nous l'avons indiqué précédemment, un malaise persiste en raison du manque de stimulants axés sur une plus grande efficacité. L'accès aux services doit être géré dans une perspective d'efficacité. Comment cela est-il possible ?

Aux États-Unis, les HMO ont graduellement assumé la responsabilité de la gestion de l'accès aux services de santé. En Grande-Bretagne, ce sont les omnipraticiens qui, depuis toujours, remplissent cette fonction sur une base individuelle. Dans les deux pays, cette activité est financée par diverses formules de capitation. Il n'y a aucune raison pour que cette forme d'organisation et de financement ne soit pas intégrée au système canadien de services de santé, en préservant l'universalité et la couverture globale mais en transformant en profondeur les modalités d'interaction entre le public et les travailleurs de la santé.

Contrairement au mode d'organisation actuel, le régime proposé permettrait aux prestateurs de services, et notamment aux médecins, d'assumer pleinement la responsabilité de l'utilisation efficace de l'ensemble des services de santé par les citoyens. Cette responsabilité représente beaucoup plus qu'un simple précepte abstrait; comportant un élément financier, elle exige du médecin une sage gestion des ressources. Le médecin – pivot décisionnel au sein de ce système – doit maintenir un certain équilibre entre les demandes du public en matière de services, les normes professionnelles de prudence, les mesures de précaution qu'impose la responsabilité dans le domaine médical, et le coût de techniques ou procédés superflus ou marginalement utiles. De tels arbitrages sont difficiles à réaliser, quel que soit le système; dans celui que je propose ici, cette responsabilité serait placée clairement entre les mains de ceux qui sont le mieux formés pour l'exercer. Dans le contexte actuel, ce sont les médecins qui ont le rôle le plus déterminant dans la prise de décision, sauf qu'ils n'ont pas à se soucier des conséquences financières. Celles-ci sont laissées à d'autres – en pratique, les gouvernements – qui réagissent par des mesures arbitraires de rationnement du nombre de lits, du matériel et du personnel.

Les résultats que l'on peut attendre du système proposé dépendent en grande partie de la nature des modalités de financement retenues. Le versement d'un montant par tête devrait, idéalement, rétribuer les médecins pour le maintien de la santé de leurs patients. Mais un mécanisme aussi complexe pourrait ne pas être applicable en pratique, tout au moins à l'heure actuelle. Néanmoins, une formule relativement simple de paiement per capita représenterait une amélioration par rapport au paiement à l'acte, à condition qu'elle prévoit des différences en fonction de l'âge et du sexe et qu'elle comporte des dispositions suffisantes en regard de certains problèmes de santé chroniques bien identifiés. La formule pourrait aussi renfermer certains éléments d'incitation complémentaires.

Une telle approche exige que l'on mette de côté la norme actuelle d'accès libre à tout établissement et à tout professionnel de la santé. Pour certains, l'abandon d'une

caractéristique aussi fondamentale du présent système représente un obstacle insurmontable. Il se pourrait qu'ils aient raison. Je tiens toutefois à souligner que le système proposé ne serait pas monolitique mais concurrentiel. Les Canadiens – sauf peut-être ceux qui vivent dans les régions les plus éloignées – continueraient d'avoir la possibilité de choisir l'endroit où ils seront soignés et la personne qui leur dispensera les soins requis. Cette liberté de choix ne serait modifiée que dans la façon dont elle peut s'exprimer; au lieu d'exercer un choix au moment de chaque consultation, le choix serait fait au préalable et pour une période donnée (disons une année). Cette liberté de choix serait très importante autant pour les consommateurs que pour les prestateurs de services de santé; pour ces derniers, elle constituerait une source de discipline, une incitation à répondre aux attentes de leurs patients. La tentation de se comporter en être supérieur serait tout au moins mitigée par le besoin de plaire et, présumément, le besoin d'éduquer. Pour les consommateurs, le maintien de la liberté de choix permettrait d'avoir le sentiment d'exercer un certain contrôle, et l'exercice périodique de cette liberté – ne serait-ce que par la réinscription auprès d'un groupe particulier de prestateurs de soins – constituerait un signe de satisfaction ou d'insatisfaction plus efficace, en raison de la formule de rémunération basée sur le versement d'un montant forfaitaire per capita. Dans le système actuel, le fait de ne pas retourner voir un médecin en particulier a une signification ambiguë : cela peut vouloir dire qu'on est en bonne santé ou, au contraire, qu'on est insatisfait des services reçus.

Le passage au système proposé demanderait une période d'adaptation, tant pour le public que pour les professionnels de la santé. Mais l'insatisfaction à l'égard du système actuel est-elle suffisante pour provoquer le changement ? À moins que le public et le corps médical ne soient conscients qu'il existe une autre possibilité, la situation peut se dégrader encore davantage par le biais de l'imposition de frais d'utilisation ou de restrictions encore plus sévères de la part du gouvernement. Mais le fait de débattre d'une autre voie de solution qui n'existe que sur papier ne garantit aucunement que l'option envisagée est réaliste. Ne faudrait-il pas plutôt modifier le système actuel de manière à permettre une coexistence des deux modes d'accès aux services de santé ?

L'efficience de la gestion hospitalière

S'assurer que les services de santé ne sont utilisés que lorsqu'ils peuvent avoir un effet net positif ne nous fournit aucune garantie sur l'efficacité de la production de ces services. Dans cette perspective, les consultations médicales relativement simples et les techniques de diagnostic et de thérapie habituelles ne posent aucun défi particulier. Toutefois, la gamme des services de santé offerts comporte un nombre élevé et croissant de procédés hautement spécialisés, à fort coefficient de capital exigeant des ressources importantes et complexes et faisant appel à une gestion de haut calibre.

De nos jours, les hôpitaux offrent aux *patients* des services qui sont réquisitionnés par les *médecins* et défrayés par le *gouvernement*. La tâche de l'administrateur hospitalier, dans cette situation complexe, consiste à éviter de déplaire à l'un ou l'autre de ces trois groupes; mais il n'existe par ailleurs aucun objectif prépondérant, aucun critère décisif qui puisse être employé pour exercer un certain contrôle et évaluer le rendement. L'administration hospitalière a probablement davantage à voir avec la politique et les relations publiques qu'avec la gestion au sens strict du terme. Le désordre qui en résulte ne devrait surprendre personne.

Pourtant, les hôpitaux pourraient être administrés aussi bien que tout autre établissement complexe et spécialisé, si les conditions suivantes sont remplies :

- les utilisateurs des services que fournissent les hôpitaux doivent pouvoir émuler, dans leurs exigences à l'égard de ces services, le niveau de connaissances techniques que possèdent les hôpitaux eux-mêmes;

- il doit exister une concurrence réelle entre les acquéreurs et les prestateurs de services hospitaliers.

Une version canadienne des HMO, comme mécanisme de gestion de l'accès aux services de santé, pourrait sûrement jouer le rôle d'acquéreur spécialisé des services hospitaliers complexes et coûteux. Pour ce faire, il faudrait que les paiements forfaitaires per capita ajustés selon l'âge et le sexe soient fondés sur les coûts moyens d'hospitalisation, également ajustés. Étant donné que les HMO agissent au nom de leurs abonnés, une telle innovation éliminerait le triangle (patients, médecins, gouvernement) où se trouve placé l'administrateur hospitalier à l'heure actuelle, pour lui substituer un rapport clients-fournisseurs beaucoup plus simple. L'administration hospitalière comporterait alors moins de politique et plus de gestion véritable. La nécessité d'imposer aux hôpitaux des restrictions budgétaires et réglementaires disparaîtrait presque complètement. La déréglementation des hôpitaux conduirait probablement à des fusions, à une rationalisation ainsi qu'à une plus grande spécialisation, mais elle mènerait également à une plus grande efficacité.

Cette solution « de marché » au problème du contrôle des coûts hospitaliers est la seule qui ait quelque chance de

réussir. Je sais fort bien, par expérience personnelle et pour avoir observé les autres, que la planification et le contrôle des établissements hospitaliers par l'État ne sont pas assez raffinés pour être efficace. Cette intervention ne constitue, au mieux, qu'un exercice d'affectation des ressources, non pas en vue d'ajuster l'offre à la demande telle qu'elle se présente mais selon un principe d'utilisation optimale qui ne s'accompagne d'aucun mécanisme pour faire converger la demande vers ce niveau d'utilisation. Sauf lorsque les ressources sont abondantes – ce qui est de moins en moins souvent le cas – ce type d'intervention ne peut que susciter de la frustration chez les intéressés.

Comment les HMO paieraient-ils pour les services hospitaliers utilisés par leurs membres ? Étant donné qu'ils auraient la possibilité d'agir en acheteurs avertis, la question n'est pas aussi importante qu'elle peut paraître et, à coup sûr, moins importante dans le système proposé que lorsque les frais d'hospitalisation sont réglés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance. Les DRG se présentent sûrement comme des candidats intéressants en regard du financement, parce qu'en rendant explicite la relation entre les coûts et l'utilisation – d'une manière qui soit liée directement aux choix cliniques faits par les médecins – ils établissent un système de comptabilité qui convient tout à fait dans les situations où la responsabilité professionnelle et la responsabilité financière sont placées dans les mêmes mains.

Mais ces hôpitaux déréglementés, opérant sur le marché des techniques médicales spécialisées et des soins aigus, ne deviendraient-ils pas des établissements privés à but lucratif ? Il est probable que non, mais la question n'a pas tellement d'importance. Ce qui détermine en effet le comportement des institutions hospitalières n'est pas tant leur statut juridique que leur environnement. L'expérience américaine démontre que le statut juridique n'a que peu d'effet sur le comportement d'ensemble. Les hôpitaux canadiens réussiraient à mieux optimiser leurs activités, même s'ils demeuraient ce qu'ils sont devenus dans la pratique, soit des organisations non gouvernementales à but non lucratif.

En ce qui concerne l'organisation de leurs services de santé, les Canadiens vivent actuellement en sursis. La menace ne réside pas dans une explosion imminente des coûts : les contrôles gouvernementaux ont été suffisamment serrés pour éviter cette éventualité. Le risque se situe plutôt du côté de l'efficacité des services et de la satisfaction des consommateurs. Notre système s'appuie indûment sur l'éthique professionnelle, sans que celle-ci trouve sa contrepartie sur les plans organisationnel et économique, ce qui constitue une sérieuse lacune que le public ainsi que le corps médical perçoivent fort bien.

Les remèdes que l'on propose le plus souvent – frais d'utilisation et privatisation des hôpitaux – n'apporteraient aucune contribution positive sur le plan de l'incitation à une plus grande efficacité et à une meilleure efficience administrative. Ceux qui mettent de l'avant ces propositions se laissent séduire par de fausses analogies entre l'industrie des services de santé et les autres secteurs industriels.

Une approche qui me paraît plus prometteuse consisterait dans le renforcement des éléments de maintien et de protection de la santé que contient notre système, en versant des sommes forfaitaires à des groupes de médecins afin qu'ils voient à ce que les Canadiens demeurent en bonne santé. Le Canada possède une certaine expérience dans l'organisation de cliniques de santé communautaires, par exemple dans les Prairies sous l'impulsion du mouvement coopératif, en Ontario où certaines expériences fort intéressantes ont été menées, ainsi qu'au Québec avec les CLSC. Nous devons tirer parti des leçons positives aussi bien que négatives de ces expériences. Entre autres, il nous faut reconnaître explicitement le rôle clé que joue la profession médicale, et comprendre également que les centres de santé communautaires doivent se trouver au centre de notre système, et non en périphérie.

Il n'est pas nécessaire que nous transformions du jour au lendemain le système de soins de santé en place au Canada. Il nous faudrait néanmoins le rendre plus souple, afin de donner plus de liberté à ceux qui veulent mener des expériences et, ce faisant, leur permettre de concevoir de nouveaux modes de prestation des services de santé, tirer leçon de leurs erreurs et montrer la contribution que cette autre approche peut apporter au plan de l'efficacité des services, de l'efficience des mécanismes de prestation et de la satisfaction des utilisateurs.

Jacques Brunet

Les problèmes économiques auxquels ont fait face les pays occidentaux au cours des cinq dernières années, récession suivie d'une reprise économique qui a eu des hauts et des bas, tous ces facteurs, sans oublier leur déficit, ont amené plusieurs pays à s'interroger sur leur niveau de dépenses, particulièrement dans le domaine social. Les dépenses de santé accaparent au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes et également

aux États-Unis avec les programmes partiels comme Medicare et Medicaid, des sommes très importantes et qui augmentent continuellement.

On peut s'interroger à savoir si nous traversons une mauvaise période, une situation transitoire qui se rétablira au cours des prochaines années ou si l'on doit prévoir une augmentation continue de ces dépenses. Si l'on se fie aux différents indices que nous possédons, on peut prévoir pour au moins les deux ou trois décennies à venir, des dépenses plus importantes en santé.

Lorsque nous tenons ce discours, faut-il se considérer pessimistes ou réalistes ? Je serais plutôt enclin à penser qu'il n'est que réaliste de prévoir une demande accrue de services compte tenu d'une part du vieillissement de la population et d'autre part des développements technologiques.

Je prendrai donc quelques instants pour vous brosser un tableau de la situation telle que je la vois actuellement et les orientations qui pourraient être privilégiées non pas pour réduire les ressources consacrées au maintien de la santé, mais pour à la fois améliorer l'état de santé et favoriser une meilleure utilisation des ressources. Regardons d'abord ensemble différents facteurs qui influencent le plus la demande de soins, soit le vieillissement et les nouvelles thérapies. Par la suite, nous examinerons brièvement divers moyens en vue de modifier la dispensation des services aux personnes âgées et d'améliorer leur espérance de vie en bonne santé.

Vieillissement de la population et ses effets

Données démograpiques

À l'examen des données démographiques nous pouvons constater que la population des personnes âgées de 65 ans et plus augmente chaque année et que pour le Québec on peut prévoir que cette tranche de la population représentera plus d'une personne sur huit au tournant du siècle. Ce qui est étonnant c'est l'augmentation importante que l'on prévoit du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, ce nombre sera probablement près de trois fois supérieur en 2001 de ce qu'il était en 1981 (tableau 9-1).

Cet allongement de la durée de vie après 65 ans, est un phénomène important qui est dû à plusieurs facteurs dont entre autres, les retombées des recherches médicales, l'accessibilité aux soins, une meilleure nutrition, l'éducation sanitaire et principalement le niveau de vie de la population qui s'est accrue de façon significative au cours des dernières décennies.

Cette évolution est un défi de taille pour les planificateurs en santé, comme pour ceux qui, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, gèrent les différentes formes d'assurance-retraite. En effet, il s'agit non seulement de prévoir le rythme de vieillissement de la population mais également la longévité des personnes âgées auxquelles on devra fournir des services de santé et des revenus de retraite adéquats.

Tableau 9-1

Population du Québec, 1981-2001
En pourcentage

	1981	1986	1991	1996	2001	Facteur augmentation 1981-2001
Âge :						
65 à 74 ans	369,995	407,108	457,201	501,972	511,289	1,38
75 à 84 ans	162,240	198,348	234,947	263,416	301,196	1,86
85 ans et plus	37,120	48,181	63,679	82,372	102,115	2,75
Population des 65 ans et plus	569,355	653,637	755,827	847,760	914,600	1,61
Population totale	6,438,405	6,610,625	6,808,077	6,965,448	7,065,265	
Pourcentage des personnes de 65 ans et plus par rapport à la population totale	8,84	9,89	1,11	12,17	12,95	

Que faut-il conclure de ce phénomène de vieillissement de la population ? On peut certainement prévoir une augmentation de l'utilisation des services de santé. Il faut, dans nos prévisions, tenir compte de cet aspect du vieillissement, et particulièrement de l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans.

Conditions générales des personnes âgées

Il est normal de prévoir que les dernières années d'une existence soient marquées par une augmentation du nombre de pathologies reliées au vieillissement. Il ne s'agit pas tellement de nouvelles pathologies, mais plutôt de l'augmentation du nombre de maladies chroniques liées au vieillissement, telles les maladies ostéo-articulaires, cardio-vasculaires, respiratoires ou métaboliques.

Par ailleurs, les troubles mentaux sont peut-être les maladies les plus liées au vieillissement. Vasavan signale que cinq personnes âgées de 65 ans et plus sur 100 sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais que ce nombre passe à 20 % chez les personnes âgées de 80 ans et plus[1]. L'organisation actuelle des services de santé est incapable de faire face à cette situation.

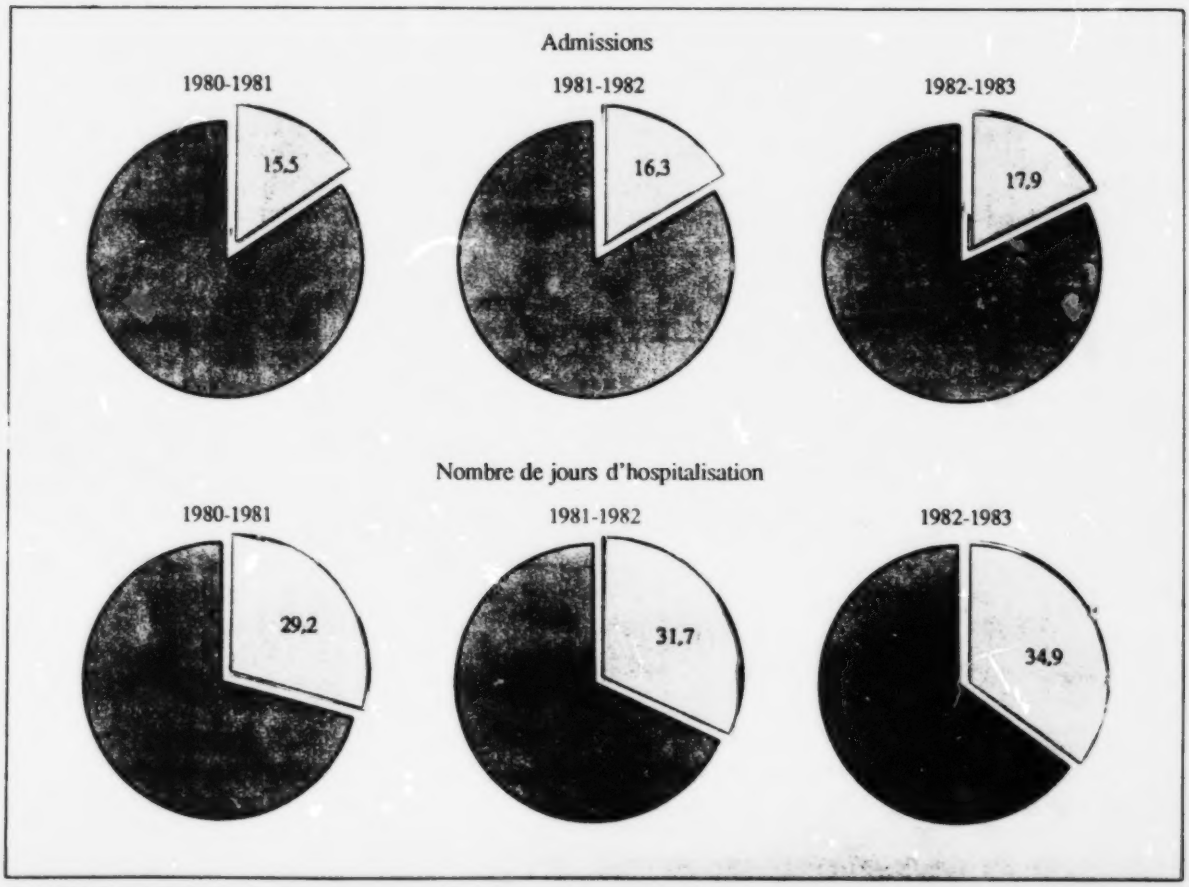
Hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus

Les personnes âgées ont recours à l'hospitalisation plus souvent que les autres groupes d'âges. En 1983, au Québec, la population des 65 ans et plus formait 9,2 % de la population, alors qu'elle représentait 17,94 % des admissions et 34,90 % des jours d'hospitalisation de court séjour (graphiques 9-1 et 9-2). Ces données

Graphique 9-1

Personnes âgées de 65 ans et plus

En pourcentage

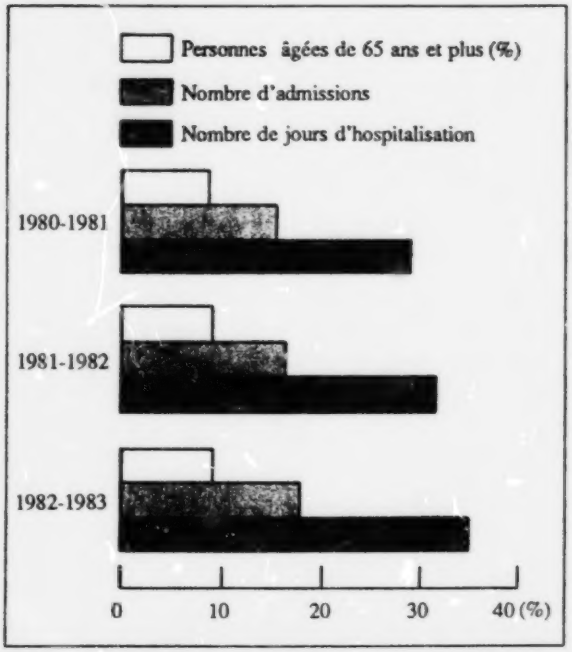


n'incluent pas les personnes âgées souffrant de maladies de longue durée et qui occupent un lit dans un centre hospitalier de court séjour.

L'augmentation rapide des personnes âgées de plus de 80 ans ne fera qu'accroître ce phénomène.

Graphique 9-2

Population générale



Nouvelles technologies et nouveaux traitements

Les nouvelles technologies sont considérées comme responsables d'une part importante de l'augmentation des coûts du système de santé. Nous examinerons rapidement le rôle des équipements, puis celui des nouveaux traitements.

Les équipements

Le terme « nouvelles technologies » dans le domaine de la santé peut s'étendre pour couvrir une gamme très vaste allant des équipements de laboratoire et de radiologie, tels l'imagerie médicale et les radio-isotopes, aux équipements des salles de chirurgie et des soins intensifs. Des progrès sans précédent ont été accomplis au cours de la dernière décennie dans ces domaines, ce qui a permis des diagnostics plus précis et l'application de nouveaux traitements. Dans le cas des laboratoires cliniques, les nouveaux appareils ont permis de réduire de façon fort appréciable les coûts unitaires de la presque totalité des examens de laboratoire. Par contre, le nombre des examens s'est multiplié d'une façon importante. Les avantages qui ont été obtenus de la réduction des coûts par examen ont été dans certains cas largement dépassés par l'augmentation du nombre et de la variété de ces examens. Il semble que le principal facteur de l'augmentation des coûts des laboratoires cliniques est le nombre moyen de tests de laboratoire subis par individu (Scitovsky et McCall, 1975).

Nouvelles procédures thérapeutiques

Par contre, il semble que l'augmentation des coûts d'hospitalisation ne soit pas tant due à la haute technologie, mais plutôt à de nouvelles procédures thérapeutiques[2]. Certaines interventions chirurgicales comme les pontages coronariens, les transplantations, la microchirurgie coûtent très cher. Plusieurs de ces nouveaux traitements qui incluent des interventions chirurgicales délicates sont suivis par des séjours relativement longs aux soins intensifs et des hospitalisations plus prolongées, particulièrement dans le cas des greffes d'organes. Il faut aussi mentionner les prothèses ou orthèses chez les personnes âgées, tels les remplacements de la tête du fémur, les prothèses articulaires chez les arthritiques.

De plus, il apparaît que la chirurgie chez les personnes très âgées coûte plus cher (Hobler et Howlette, 1985). Pour les personnes très âgées, l'hospitalisation suite à certaines interventions chirurgicales communes, tel le remplacement de la tête du fémur, requiert une longueur de séjour plus élevée que chez les personnes de moins de 80 ans. Dans certains cas, ces personnes doivent demeurer à l'hôpital un, deux ou plusieurs jours de plus pour des raisons médicales ou parce que celles-ci peuvent difficilement retourner à domicile ou que la réadmission en foyer d'accueil est retardée. Ces facteurs contribuent à l'augmentation des coûts et doivent être pris en considération (graphique 9-3).

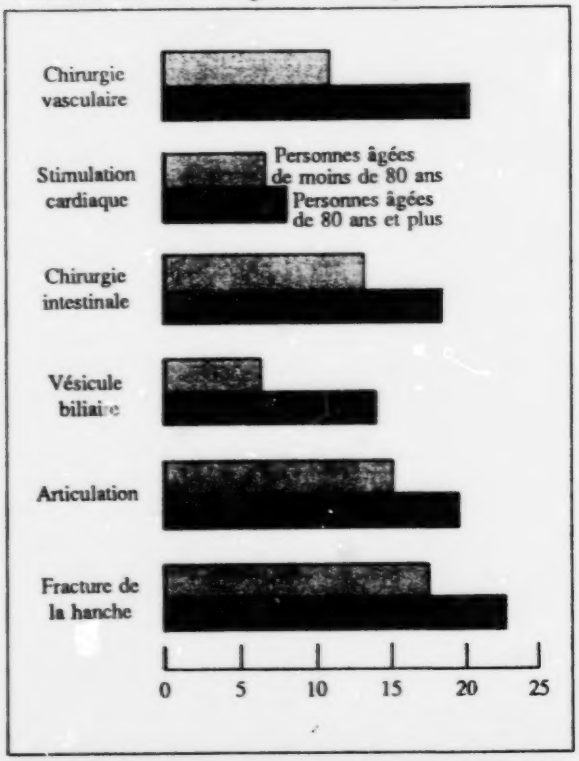
Espérance de vie en bonne santé

Le vieillissement de la population et les changements technologiques contribueront à l'augmentation des coûts du système de santé. Malgré tout, il ne faut pas perdre de vue l'objectif général d'un système de santé. Au Québec, des efforts considérables ont été faits pour définir des objectifs de santé et un rapport récent *Objectif – Santé*

fait le point sur ce sujet (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984). L'un des objectifs prioritaires suggéré dans le rapport est d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Au début de cette présentation, je mentionnais que l'espérance de vie des Canadiens en général et des Québécois en particulier, augmentait sans cesse; il n'en est toutefois pas de même de l'espérance de vie en bonne santé (graphiques 9-4 et 9-5).

Graphique 9-3

Nombre médian de jours d'hospitalisation

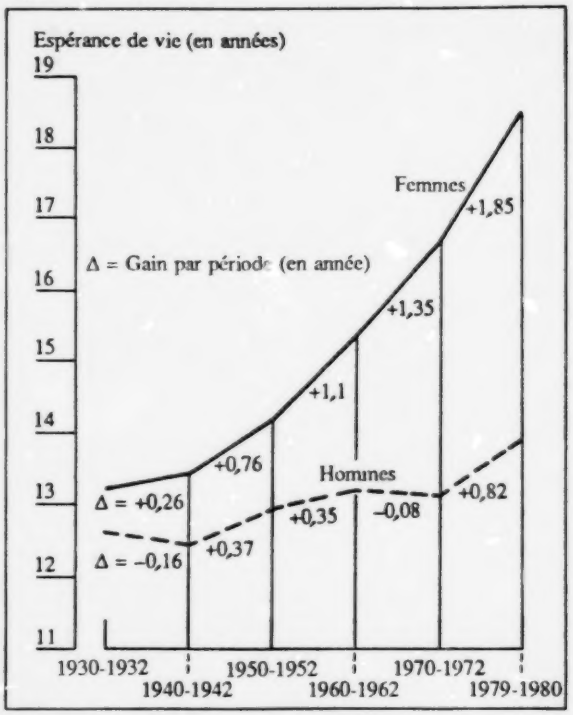


Que doit-on conclure de cette constatation ? S'il est vrai que l'espérance de vie augmente sans cesse, on ne peut en dire autant de l'espérance de vie en bonne santé comme il a été démontré par le Conseil des affaires sociales du Québec (Dillard, 1983).

Il est surprenant de constater que l'espérance de vie en bonne santé n'a pratiquement pas évolué au cours des dernières années. De plus, cette augmentation dans l'espérance de vie, souvent dans des conditions difficiles (handicapés ou confinés dans un établissement de soins prolongés) entraîne des dépenses supplémentaires très

Graphique 9-4

Gains en espérance de vie des hommes et des femmes âgés de 65 ans et plus, Québec, 1930-1980



SOURCE Conseil des affaires sociales et de la famille (1984).

significatives. Nous devons vivre avec cette réalité et la situation a peu de chance de se corriger à court terme. Il devient donc important de repenser certains aspects des soins et services dispensés à la population en général et pour les personnes âgées en particulier, puisque ces dernières requièrent de plus en plus de services.

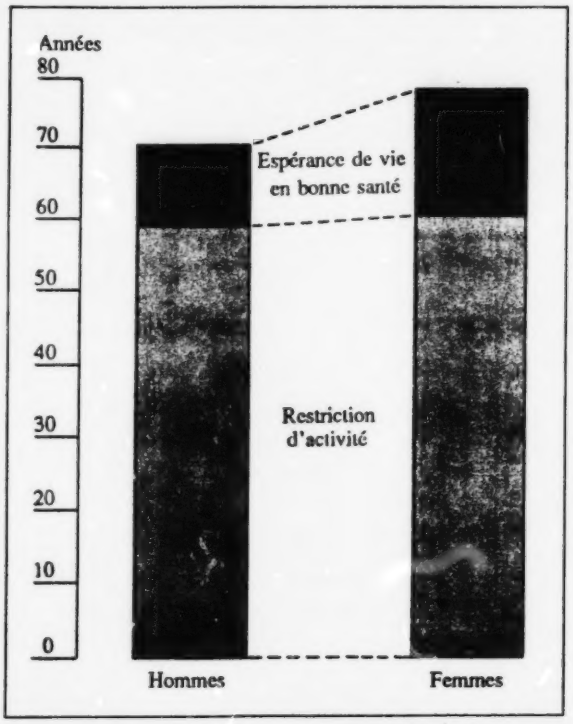
Comment peut-on améliorer la situation des personnes âgées ? Des efforts importants doivent être consacrés en vue de maintenir l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible et de modifier la dispensation des soins pour répondre à leurs besoins.

Meilleure nutrition

De l'avis des gériatres, une nutrition bien équilibrée est essentielle pour demeurer en bonne santé, surtout lorsqu'on vieillit.

Graphique 9-5

Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé des hommes et des femmes à la naissance, Québec, 1980



Personnes qui sont souvent seules, l'intérêt des personnes âgées à bien se nourrir laisse souvent à désirer. Des programmes d'éducation sanitaire ou des popotes volantes ont été mis en place par certaines catégories d'établissement du réseau comme les CLSC et également par des groupes de bénévoles. Dans plusieurs cas, il ne s'agit pas de dépenser des sommes considérables pour mieux se nourrir, mais beaucoup plus de se procurer de bons aliments et les apprêter adéquatement.

Maintien des activités physiques et intellectuelles

Nous avons constaté au cours des dernières années un nouveau phénomène social, soit la retraite ou la préretraite de personnes de plus en plus jeunes. Ce phénomène fait suite aux conditions économiques que nous avons connues au cours des dernières années, aux développements technologiques, et ainsi de suite.

Je crois important que les personnes qui prennent leur retraite et qui sont de plus en plus en bonne condition physique et psychologique, puissent se trouver des occupations, soit un travail à temps partiel, au niveau de groupes de bénévoles ou tout autre organisme. Leur expérience, leurs connaissances doivent être mises à contribution non seulement pour la société en général mais ce qui est peut-être plus important, pour leur survie en bonne santé physique et mentale. Un des facteurs qui contribuent sans doute le plus à la détérioration de l'individu est l'oisiveté et le sentiment de ne plus être utile à la société, à des groupes ou à d'autres individus.

Malgré une amélioration considérable de la situation au cours des dernières années, plusieurs personnes âgées qui pourraient subvenir très bien à leurs besoins, sont hébergées dans les établissements du réseau des affaires sociales ou dans les familles d'accueil où l'on ne retrouve que peu d'activité physique ou intellectuelle. Au Québec, les politiques du ministère visent à maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie le plus longtemps possible. Pourquoi ne pas envisager de nouvelles méthodes ou manières pour répondre aux besoins de cette catégorie de la population ? Est-il complètement illusoire de penser à des résidences qui regrouperaient de 6 à 8 personnes âgées mais encore en bonne santé physique et mentale tenant compte de leur âge ? Chacune de ces personnes aurait un rôle à jouer, comme préparer les repas, l'entretien de la maison, et ainsi de suite. On pourrait de cette façon reconstituer des familles qui développeraient des intérêts communs. Cette façon de faire réduirait grandement les frais de l'État, mais en même temps donnerait un sens à leur vie et en améliorerait substantiellement la qualité.

Services et soins adéquats pour certaines conditions chroniques

Le fait que les personnes vivent de plus en plus longtemps, il n'est que normal de prévoir que certaines de ces personnes seront atteintes de différentes maladies chroniques pour lesquelles des traitements adéquats existent présentement. Pensons entre autres à l'hypertension artérielle, au diabète, aux maladies arthritiques, et ainsi de suite. Il est essentiel que ces personnes soient traitées adéquatement via les consultations externes afin de stabiliser leur condition et surtout prévenir la détérioration de leur santé générale. La qualité de vie de ces personnes sera améliorée si des cliniques adaptées à leur âge et à leurs besoins sont prévues.

Thérapies adaptées aux besoins de la population âgée

Pour les épisodes aiguës de certaines maladies où les personnes doivent être hospitalisées, il y aurait tout intérêt à prévoir des services adaptés à leurs besoins. La spécialité de la gériatrie ayant été reconnue récemment par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, et le Collège royal du Canada, il faut favoriser le développement de départements, services et/ou unités de gériatrie dans les hôpitaux. Ces unités de gériatrie active peuvent fournir à la population des personnes âgées, des services plus conformes à leurs besoins, une évaluation rapide, une réadaptation adaptée et souvent un retour à une vie normale, plutôt qu'une hospitalisation prolongée.

Support aux personnes âgées dans leur milieu de vie naturel

De plus en plus de personnes vivent à domicile jusqu'à un âge passablement avancé. Des études du ministère des Affaires sociales ont démontré que souventes fois les personnes préféreraient continuer vivre dans leur domicile mais sont appréhensives et nerveuses de se retrouver seules en cas de besoin. En fait, dans plusieurs cas, ces personnes veulent se sentir en sécurité tout en pouvant obtenir les services rapidement de parents, d'amis ou de personnes prêtes à les aider en cas de besoin. Des expériences intéressantes ont été tentées en Ontario, où des personnes ayant toujours leurs parents âgés, prévoient des locaux temporaires à l'extérieur de leur maison, mais sur leur propre terrain ou en aménageant des locaux à l'intérieur de leur résidence. Si ces nouvelles initiatives sont suivies de soins à domicile adéquats et des services d'un hôpital de jour, on peut prévoir l'avenir des personnes âgées avec beaucoup plus de sérénité.

Hôpital sans mur

Au cours des dernières années, des expériences ont été tentées en France sur la prestation de services hospitaliers les plus complets possible à domicile. Ce système permet aux personnes qui ont subi des interventions chirurgicales ou sont traitées pour des diagnostics bien établis, de se retrouver à domicile avec la presque totalité des services qu'elles recevraient à l'hôpital. Ces expériences européennes semblent confirmer le bien-fondé de telles approches. Des expériences identiques sont en cours au Nouveau-Brunswick.

Dernièrement, le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec a approuvé une subvention importante au Centre hospitalier de Verdun pour mettre sur pied une telle unité afin de s'assurer des services qui peuvent être rendus à domicile dans un tel contexte et également de la rentabilité d'une telle orientation.

Conclusion

Le vieillissement de la population est un fait acquis et nous ne pouvons et voulons surtout pas revenir en arrière. Toutefois, il importe de modifier progressivement le système de santé pour qu'il s'adapte mieux aux besoins de ce groupe croissant de la population.

L'augmentation de la population des personnes âgées, la multiplication des maladies chroniques et les nouvelles thérapies auront pour effet une augmentation marquée de l'utilisation des hôpitaux et probablement des coûts de fonctionnement du système.

Ces modes de financement des soins médicaux et des services hospitaliers n'ont pas tellement évolué au cours des dernières années. Nous devons trouver des mécanismes pour inciter les patients, les médecins et les administrateurs à rationaliser l'utilisation des services, tant les services diagnostiques que thérapeutiques. Actuellement, il y a peu d'incitatifs pour limiter la demande de soins de la part des consommateurs, ou pour diminuer les coûts de la part des administrateurs.

Quant aux médecins, le mode de rémunération à l'acte favorise la multiplication de leurs activités et l'augmentation du volume de soins.

Il va donc nous falloir être innovateurs au cours des prochaines années tant dans l'organisation des services que dans le financement du système. Des expériences intéressantes sont actuellement en cours aux États-Unis, particulièrement dans le financement des hôpitaux. D'après un rapport récent de Jack W. Owen (1985), vice-président exécutif de l'Association américaine des hôpitaux, les résultats des DRG sont « dramatiques ». Il signale une augmentation de la productivité, une diminution des admissions, de la durée de séjour et du personnel. Les admissions pour les personnes âgées de 65 ans et plus ont diminué de 2,4 % en 1984 par rapport à une augmentation de 6,7 % en 1983. Pour la première fois, le budget de Medicaid et de Medicare a été inférieur aux prévisions, soit de 40,6 milliards au lieu de 42 milliards de dollars.

Plusieurs experts sont fort critiques de ce mode de paiement, mais les résultats obtenus ne peuvent être ignorés.

Il est temps de nous interroger sur le financement et le fonctionnement de notre système et de trouver des incitatifs à l'efficacité et à l'efficience pour les principaux acteurs, soit les patients, les médecins et les administrateurs.

Fraser Mustard

Les communications et la documentation préparées pour ce colloque exposent clairement les problèmes auxquels font face les services de soins de santé, compte tenu de l'évolution de la population et de son profil pathologique. La question essentielle semble être de déterminer comment on pourra, avec des ressources limitées, répondre aux besoins sanitaires d'un nombre croissant de personnes âgées.

Santé et soins de santé

Le contexte dans lequel sont envisagés la santé et les problèmes de santé a une influence sur l'approche qu'on choisira pour déterminer les choix quant à l'avenir. Il existe bon nombre d'études qui démontrent que l'état de santé d'une population est d'abord déterminé par les facteurs sociaux, économiques et culturels, qui agissent sur la physiologie de chaque individu, laquelle est en bonne partie déterminée par des facteurs génétiques. C'est ainsi que la mortalité due à la tuberculose a diminué considérablement, grâce aux progrès apportés par la révolution industrielle, et ce, bien avant qu'on ait découvert un traitement médical efficace (McKeown, 1976). Les effets des facteurs sociaux, culturels et économiques se font sentir dès l'enfance et ils ont probablement des liens étroits avec l'état de santé de l'adulte. Il y a une forte corrélation entre la plupart des maladies importantes et le revenu ou la classe sociale. En effet, plus la classe sociale ou le revenu est faible, plus le risque de maladie est élevé (Townsend et Davidson, 1982). Pour ce qui est des problèmes de santé graves, tels que les maladies cardio-vasculaires et le cancer, quelques-unes de leurs causes fondamentales résident sans aucun doute dans les choix que nous faisons quant au milieu où nous vivons et quant à notre mode de vie. Il n'est donc pas étonnant que l'allongement de l'espérance de vie et, par voie de conséquence, le vieillissement de la population dans les pays occidentaux découlent de l'évolution des facteurs socio-économiques et culturels qui influent sur l'état de santé (McKeown, 1976; Townsend et Davidson, 1982).

Comme l'état de santé d'une population change, ses besoins en services de santé évoluent également. Au cours des années, ces derniers ont dû s'adapter à l'évolution pathologique de la population. L'exemple le plus classique de ce phénomène est la transformation considérable qui s'est produite dans la demande de services pour les enfants, en raison de l'incidence réduite des maladies infectieuses au sein de ce groupe.

On constate aussi une évolution de l'incidence des troubles chroniques. Ainsi, la baisse de l'incidence de l'infarctus du myocarde aux États-Unis (Pell et Fayerweather, 1985) n'a aucun rapport avec les soins de santé; si cette baisse se poursuit au cours des deux prochaines décennies, les décès prématurés causés par les crises cardiaques, de même que les besoins en unités de soins coronariens et en chirurgies cardiaques, diminueront appréciablement. Cette diminution du taux de troubles chroniques qui provoquent la mort prématurée chez les adultes, conjuguée aux transformations du profil démographique de la société, donne une idée assez claire du problème sérieux auquel les responsables de la santé publique devront faire face pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Les limites des soins de santé

Les attentes relatives aux services de santé devraient être réalistes et proportionnées à leurs possibilités. Par exemple, bien que les soins de santé puissent avoir un effet sur la mortalité maternelle et infantile, c'est l'état de santé de la mère, lequel est déterminé par le milieu où elle vit et par son régime de vie, qui joue le rôle le plus important à l'égard des naissances prématurées et de la mortalité maternelle et infantile (Townsend et Davidson, 1982; Baird, 1974). Il est assez futile de chercher à sauver les enfants prématurés à l'aide de soins néonatals si on ne s'attaque pas aux facteurs socio-économiques qui causent les naissances prématurées (Baird, 1974). Les soins de santé jouent un rôle mineur dans la prévention primaire et ne peuvent jouer qu'un rôle restreint dans le traitement des troubles chroniques. Leur rôle est beaucoup plus important à l'égard des nombreux services qui aident les malades à affronter leurs problèmes. Ces services vont depuis les soins de soutien jusqu'aux transplantations d'organes, en passant par l'emploi de prothèses pour remplacer les articulations. Vu les coûts et les risques élevés de cette « technologie à mi-chemin » (selon l'expression de Lewis Thomas, 1974), il devient de plus en plus important de démontrer, au moyen de tests cliniques bien menés, l'efficacité de celle-ci avant que son application se répande. Il y a 30 ans, on n'accordait pas beaucoup d'attention à la notion de tests cliniques aléatoires conçus pour déterminer la valeur des diagnostics et des

traitements. Aujourd'hui, cette conception fait loi dans de nombreuses facultés de médecine, certaines revues médicales influentes et certains corps professionnels (Relman, 1982). Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire avant qu'elle ne devienne un élément essentiel de l'évaluation de la qualité et de la pertinence des soins de santé dans tout le système.

Pour l'avenir prévisible, les soins de santé seront donc destinés à assister les malades, notamment au moyen de mesures qui peuvent influer sur la qualité de vie des individus et les aider à s'insérer dans la collectivité sans forcément modifier leur espérance de vie. On devrait structurer les services de santé de telle sorte qu'ils permettent d'atteindre ces objectifs de la manière la plus efficace possible.

Lorsqu'on établit la politique de santé et les programmes de soins, il importe de tenir compte des limites de la médecine. Il est bon de rappeler qu'on a entrepris le financement public des soins de santé parce qu'on croyait qu'ils étaient un facteur déterminant de la condition sanitaire de la population. Dans ses écrits en faveur des services nationaux de santé (National Health Service ou NHS) au Royaume-Uni, Beveridge (1942) affirmait qu'en éliminant les obstacles financiers aux soins de santé, on diminuerait le fardeau des maladies et, par là, les besoins en services de santé. Près de 40 ans après la création du NHS, on sait qu'il subsiste entre les classes sociales des inégalités en matière de soins de santé au Royaume-Uni et que les besoins ont augmenté et non diminué (Townsend et Davidson, 1982; Merrison, 1979). Aussi importe-t-il de garder à l'esprit les « limites de la médecine » lorsqu'on pense à l'avenir et à ce que peuvent accomplir les services de santé pour une population vieillissante (Black, 1984).

Vieillissement et soins de santé

Nos connaissances du processus de vieillissement et du niveau d'aide qu'on devrait apporter aux personnes âgées sont encore limitées. Néanmoins, il est évident qu'avec l'âge, il se produit une détérioration progressive de l'organisme qui n'est pas imputable à la maladie, bien qu'une affection pathologique puisse accélérer le rythme de la détérioration (Fries, 1984; Brody, 1985, p. 463). De plus, la détérioration du fonctionnement des systèmes organiques nous prédispose aux maladies de la vieillesse.

Comme l'homme a une durée de vie que Fries (1984) estime à 85 ans (+ huit ans), il est évident qu'on peut envisager les soins de santé offerts à la population du troisième âge comme des soins de soutien apportés à des individus qui auront divers besoins en permanence à mesure que leur organisme se détériorera et qu'ils souffriront de diverses maladies chroniques. La morbidité attribuable à la maladie pourrait être concentrée dans les dernières années de la vie. Durant les derniers mois de leur vie, les personnes âgées nécessitent des soins continus ou intermittents jusqu'à leur « mort naturelle ». Il en est de même pour les personnes qui meurent plus jeunes. La question critique qui se pose, en l'occurrence, est de savoir quelle intensité de soins les individus devraient recevoir avant de mourir. Certains indices laissent d'ores et déjà croire qu'on ne soigne pas les personnes âgées de manière aussi intensive que les personnes plus jeunes ayant les mêmes problèmes de santé.

Les besoins en soins de santé des personnes âgées sont liés à la détérioration graduelle des fonctions physiologiques et aux maladies aiguës et chroniques de la vieillesse. Bien que certains aient cru qu'on peut concentrer la morbidité dans les dernières années de la vie (Fries, 1984), les données disponibles à l'heure actuelle incitent à croire que cela semble peu probable (Brody, 1985; Roos et Shapiro, 1981). Les personnes âgées de 65 à 84 ans fréquentent les hôpitaux environ trois fois plus que celles âgées de 25 à 64 ans, alors que les personnes âgées de plus de 85 ans les fréquentent environ cinq fois plus souvent. Il reste que la majorité des personnes âgées ne sont hospitalisées que peu fréquemment. Ce n'est que le petit nombre d'entre elles (5 %) qui séjournent le plus souvent à l'hôpital qui préoccupe les planificateurs des services de santé.

Le système de soins de santé

Le système actuel de services de santé a pris forme au début du siècle actuel. En finançant les prestateurs de soins de santé à même les fonds publics dans le cadre des programmes en vigueur au milieu du siècle, on a « gelé » le système dans sa configuration ancienne, de sorte qu'il est difficile de le faire évoluer (Enthoven, 1978, p. 650; Klein, 1983) et qu'il est souvent secoué par des confrontations entre les prestateurs de soins et l'État.

Il est important de comprendre pourquoi le financement public tend à scléroser le système. Tout d'abord, tout changement apporté au système (par exemple, quant au rôle des hôpitaux, aux tâches du personnel soignant, aux modes de rémunération des médecins ou aux nouvelles initiatives en matière de soins) menace certaines catégories de personnel médical. Dans un système financé par l'État, le ministère de la Santé devient alors la cible des

réactions et opte habituellement pour le statu quo afin d'éviter toute confrontation avec l'un des groupes intéressés. Cela représente une énorme contrainte pour le système canadien, où le gouvernement n'a pas, comme au Royaume-Uni, le pouvoir de gérer le système (Enthoven, 1985; Stoddart et Lomas, 1982). Toutefois, même le système britannique est rigide et il reste à voir ce que le nouveau régime de gestion pourra accomplir (Enthoven, 1985).

De façon générale, le Canada est parvenu à assurer un accès équitable aux soins de santé mais, en revanche, il est maintenant doté d'un système qui paraît sclérosé au moment même où il importe de faire preuve d'innovation pour élaborer de nouvelles façons d'offrir les services. Il faut modifier ce système si on veut empêcher les ministères de la santé de devenir des « paratonnerres » attirant les forces qui résistent au changement et si on veut les transformer en organismes prêts à faire face à de nouveaux défis. Il faudrait libérer les ministères de la santé afin qu'ils puissent véritablement jouer leur rôle et non devenir des ramparts pour la protection du ministre.

Les avis sont très partagés au sujet des moyens à prendre pour permettre au système de soins de devenir plus novateur et plus efficace (Enthoven, 1985; Stoddart et Lomas, 1982; Day et Klein, 1985, p. 1291). Les solutions proposées vont depuis le système de gestion adopté par les services britanniques (National Health Care Service) jusqu'à la formule des établissements axés sur le profit et la concurrence, qui ont récemment fait leur apparition aux États-Unis. Il faut se demander s'il faudra sacrifier un peu l'équité pour assouplir le système afin qu'il innove davantage. Peut-être pourrait-on adopter des mesures qui permettraient d'assurer un accès équitable aux services de soins tout en assouplissant ceux-ci afin d'en favoriser davantage l'efficacité. Les suggestions apportées par Stoddart et ses collègues (Stoddart et Lomas, 1982; Stoddart et Seldon, 1984) sont, à mon avis, intéressantes à cet égard. Les renseignements disponibles indiquent clairement que c'est le système dans lequel les médecins travaillent qui déterminera le succès de ces nouvelles approches (Klein, 1983; Enthoven, 1985; Stoddart et Lomas, 1982; Stoddart et Seldon, 1984). Si les médecins ne travaillent pas dans un milieu qui les incite fortement à offrir des soins de santé efficaces, il y aura peu de progrès.

Aussi, importe-t-il de répondre à la question suivante : peut-on adopter, au sein du système des soins de santé, une structure concurrentielle à laquelle participeraient les médecins, qui intégrerait les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires et qui, en même temps, retiendrait les principes d'équité qui caractérisent le système à l'heure actuelle ? Certains croient qu'on pourrait adopter les principes des organismes de maintien de la santé (HMO) dans les régimes de soins financés par l'État (Stoddart et Lomas, 1982; Stoddart et Seldon, 1984). Si cette solution permettait d'abaisser les coûts ou d'accroître la productivité au même degré qu'on semble l'avoir fait aux États-Unis (Manning et coll., 1984), cela aurait un impact assez considérable sur les niveaux actuels et futurs des coûts des soins de santé. Certains de ces HMO se distinguent par le caractère communautaire de leurs services et par des mesures qui incitent les prestateurs de soins (médecins, personnel infirmier, travailleurs socio-médicaux, et ainsi de suite) à faire en sorte que leurs patients puissent se tirer d'affaire au sein de leur communauté. Ce sont là des attributs souhaitables pour un système qui devra offrir plus de soins de santé à une population vieillissante. Cependant, les services de santé ne peuvent satisfaire qu'une partie des besoins des personnes âgées à ce chapitre.

Les soins aux personnes âgées

Un des principaux défis des sociétés où s'accroît la proportion des personnes âgées, transformant la structure familiale, consiste à créer des programmes qui aideront ces personnes à rester chez elles et à y jouir d'un confort relatif. Le milieu social, économique et culturel dans lequel elles vivent influera beaucoup sur leur état de santé général. En raison de l'éclatement du noyau familial et de l'incidence accrue des divorces, des familles monoparentales et des ménages sans enfant dans notre société, il est plus difficile aujourd'hui d'assurer aux personnes âgées le soutien que les jeunes générations accordaient presque automatiquement aux aînés de la famille. Cette situation pose et posera de plus en plus de problèmes quant à leur hébergement et à l'aide non professionnelle qu'elles devraient recevoir. C'est dans la mesure où on réussira à renforcer les services actuels d'aide non professionnelle et même à en créer de nouveaux, en même temps que de nouveaux services professionnels, qu'on pourra influer pour une large part sur la demande en soins de santé des personnes âgées. De plus, il peut être très difficile de renvoyer chez elle une personne âgée qui a passé un certain temps dans une maison de soins si elle n'a pas de parents ou d'amis pour s'occuper d'elle.

On peut donc envisager trois solutions possibles :

1 *La médicalisation des soins aux personnes âgées* — Cette solution est probablement irréaliste pour

des raisons tant culturelles qu'économiques. Premièrement, le genre d'aide et de soins que nécessitent les personnes âgées ne sont pas toujours d'ordre médical. Deuxièmement, le coût des services d'aide fournis dans le cadre des programmes de soins de santé est excessif. Si on choisissait cette voie comme principal moyen de subvenir aux besoins des personnes âgées, on en viendrait au point où la majorité d'entre elles se retrouveraient « parquées » dans des « entrepôts de vieillards » par les autorités médicales. Il faut néanmoins que les soins de santé fassent partie intégrante des services offerts aux générations âgées. Le problème majeur qui se pose à la plupart des sociétés est d'équilibrer le rôle des services sociaux et de celui des soins de santé dans la prestation de ces services.

2 *La création d'ensembles collectifs pour les personnes âgées* — Aux États-Unis, et plus particulièrement en Californie, on a créé des ensembles résidentiels collectifs pour les personnes âgées; on y trouve des aires aménagées en fonction de besoins variés, c'est-à-dire de ceux des personnes autonomes, des personnes complètement dépendantes et des malades en phase terminale. À certains égards, ces projets sont intéressants parce que l'individu se retrouve en compagnie de personnes aux prises avec des problèmes similaires et que les services médicaux et non médicaux peuvent être organisés selon les besoins particuliers de chaque personne. Ces minicommunautés peuvent offrir une vaste gamme de programmes éducatifs et récréatifs aux personnes âgées. Elles peuvent, soit posséder leur propre système de soins de santé, soit en assurer la prestation au moyen d'un contrat avec un groupe extérieur. L'inconvénient de ces communautés, c'est qu'elles isolent les personnes âgées du reste de la population et qu'elles ne sont probablement accessibles qu'à celles qui sont financièrement à l'aise.

3 *La vie à l'intérieur de la communauté* — Cette option permet aux personnes âgées de rester au sein de leur milieu social et de continuer à y jouer un rôle actif. Elle suppose que la société tient à la participation des individus de tout âge à ses activités. Pour que cette solution soit appliquée avec succès, il faut que la société la considère comme un but important à atteindre et qu'elle soit prête à en appuyer la réalisation. L'accès à une aide non professionnelle – venant de la famille, des amis ou d'autres membres de la communauté – est également une condition du succès de cette approche. Outre cette aide personnelle, il faut assurer aux personnes âgées un accès à un logement convenable, à des moyens de transport adaptés et aux « outils » qui peuvent leur faciliter l'existence. En effet, avec l'âge, on a besoin d'instruments spécialisés (lunettes, appareils auditifs, marchettes, appareils spéciaux. . .) pour exécuter les tâches quotidiennes. On peut les considérer comme des outils et les développer afin de satisfaire les besoins variés de la population âgée. Il s'agit, en fait, d'outils pour la vie quotidienne et il ne faudrait pas qu'on les considère comme des « appareils médicaux ».

Dans ce système, l'aide non médicale aux personnes âgées devient l'élément dominant des services de soins. La famille ou les amis deviennent mandatés par les personnes âgées pour obtenir qu'on réponde à leurs besoins et qu'on leur accorde des soins de santé et des services sociaux. On devrait organiser les services de santé de façon à offrir des soins médicaux au sein de la localité tout en travaillant avec les services sociaux et les services d'aide non professionnelle. Il va sans dire que la présence d'amis ou de parents qui puissent apporter leur soutien au moment voulu est essentielle à la réussite d'un tel projet.

Comme on l'a souligné au cours de ce colloque, il faudra résoudre un certain nombre de problèmes si on veut que cette solution soit réalisable. Celui qui se pose en champion des personnes âgées doit bien connaître les services professionnels qui existent à leur intention. Pour cette raison, certains croient que l'apôtre des personnes âgées devrait être un travailleur social professionnel. Pour ma part, j'estime qu'il est préférable d'élaborer un système dans lequel cette personne est un ami intime ou un parent. Dans le passé, ce soutien non professionnel aux personnes âgées a surtout été assuré par les femmes. Souvent, elles ont dû abandonner leur emploi et tous les avantages qui y sont liés afin de prendre soin de quelqu'un. À cause de leur « sacrifice » antérieur, il est souvent arrivé qu'elles ont eu des difficultés financières lorsqu'elles sont elles-mêmes devenues plus âgées. La participation accrue des femmes au marché du travail réduit le nombre de celles qui sont disponibles pour assumer le genre de soutien qu'elles pouvaient jusqu'à maintenant offrir à des parents ou à des amis. Pour remédier à ce problème, on pourrait augmenter la proportion des soins non professionnels dans le cadre des services communautaires en tirant parti de la diminution des heures de travail qui se produit à l'heure actuelle. On a suggéré d'accorder un congé (avec solde) aux parents ou amis de personnes âgées afin qu'ils puissent s'absenter de leur travail et rendre leurs derniers jours aussi tolérables que possible. Beaucoup penseront que ces solutions sont peu réalistes, mais compte tenu des changements socio-économiques qui se produisent dans notre société, elles pourraient bien se révéler la voie de l'avenir. En Suède, par exemple, on examine sérieusement ces solutions, considérées comme rentables (Manning et coll., 1984). La solution qu'on apportera à la question de l'aide non médicale aux personnes âgées aura une incidence

considérable sur l'efficacité économique et fonctionnelle du système de soins de santé. Les structures ou dispositions mises en place pour aider les personnes âgées à l'intérieur de la communauté sont les questions les plus importantes qu'il faut examiner à ce colloque. Pour ce qui est des questions de soins de santé, elles sont secondaires et pourraient nous faire perdre de vue l'objectif principal et nous paralyser, si nous laissons tous les nombreux problèmes auxquels fait face le secteur de la santé.

Technologie, évolution sociale et soins

Les bouleversements qui se produisent actuellement dans le monde sur le plan de la technologie de pointe et du changement social peuvent nous permettre de réaffecter les ressources humaines afin de créer une société juste et humanitaire qui comprendrait les citoyens les plus âgés (Lagergren et coll., 1984; Brainard et Madden, 1985; Bell, 1976). De plus, les progrès de la technologie auront un effet important non seulement sur les soins médicaux mais aussi sur les autres services de soutien dont les personnes âgées ont besoin, notamment en facilitant la mise au point d'« outils » de la vie quotidienne, utiles et peu coûteux pour elles. Il importe que ces outils ne soient pas conçus comme des appareils médicaux et qu'ils restent des instruments non médicaux. Donc, si on peut développer des « outils de la vie quotidienne » pour les personnes âgées et conjuguer l'imagination et le sens d'initiative aux nouvelles technologies pour mettre au point de nouveaux outils, on pourra aider considérablement les personnes âgées à maintenir un rôle actif au sein de leur milieu social.

Résumé

Les principaux points dont il faut tenir compte dans l'élaboration d'un régime de soins destiné aux personnes âgées vivant dans une société aux ressources limitées sont les suivants :

1 Il faudra élaborer des programmes de soins professionnels et non professionnels qui tiennent compte des caractéristiques socio-économiques de la société et de leur évolution.

2 Les programmes communautaires de soins non professionnels, alliés aux services sociaux, joueront un rôle important sinon primordial dans la façon dont les personnes âgées feront appel aux services de santé.

3 On devrait offrir aux praticiens de la santé, en particulier aux médecins, des incitations qui les encourageront à offrir des soins efficaces à un coût réduit.

4 On devrait évaluer les services de soins de santé en fonction de leur incidence sur l'état de santé de la population visée.

5 On devra réformer la structure et le financement des soins de santé si on veut réaliser les objectifs cités en (3) et (4).

6 Il serait préférable de décentraliser le système et de le rendre plus concurrentiel, et d'y réduire en même temps le rôle des ministères de la santé.

7 Si on opte pour la solution proposée en (6), il importe que le système, une fois libre d'innover et de devenir rentable, ne se départisse pas de l'équité qui le caractérise à l'heure actuelle.

8 Comme les changements envisagés sont profonds, il pourrait se révéler utile de mener des projets pilotes dans différentes régions du pays pour étudier les options les plus appropriées dans le domaine des soins aux personnes âgées dans un contexte où les ressources sont limitées.

9 Le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, en collaboration avec les ministères provinciaux responsables de la santé et des services sociaux, pourrait établir des lignes d'action et favoriser la réalisation de projets pilotes.

Enfin, compte tenu de l'évolution technologique, économique et culturelle de notre société, on doit analyser soigneusement le genre de société décentralisée et les structures sociales qui pourraient apparaître dans l'avenir. Cette question ne soulève pas beaucoup d'intérêt au Canada à l'heure actuelle, mais il est certain que nous nous dirigeons vers une société dans laquelle la transformation des institutions, la décentralisation et l'émergence de centres de décisions forts à l'échelle locale pourraient devenir une option qui mérite considération. Ces développements auront une incidence marquée sur le choix des mesures visant à satisfaire les besoins d'une population vieillissante.

Discussion générale

Question : *Quelles sont les perspectives futures en ce qui concerne les services sociaux dispensés aux personnes âgées au Québec par rapport aux soins médicaux ?*

Réponse : Un grand nombre de personnes âgées sont admises à l'hôpital pour recevoir des soins aigus, mais dans certains cas elles sont hospitalisées en raison de problèmes d'ordre social. Le recours exclusif à l'un ou l'autre de ces types de services serait voué à l'échec en ce sens qu'on ne répondrait pas bien aux besoins de cette clientèle. La seule solution consiste à coordonner les services dispensés par les professionnels de la santé et des services sociaux afin de faire en sorte que les personnes âgées reçoivent les soins dont elles ont besoin. Voilà ce que nous avons tenté de faire au Québec et, dans certains cas, nous avons eu un franc succès.

Question : *La nouvelle tendance qu'on observe en Ontario et qui consiste à nommer des médecins à des postes d'administrateurs, non seulement dans des hôpitaux de soins aigus (comme c'est le cas à l'hôpital Sunnybrook) mais encore dans les établissements de soins prolongés (comme au nouvel hôpital Baycrest pour malades chroniques où les six divisions sont administrées par des médecins) ne constitue-t-elle pas une « médicalisation » de l'infrastructure sanitaire ?*

Réponse : La question n'est pas de savoir si un administrateur devrait être médecin. Ce qui importe davantage, c'est que l'administrateur comprenne bien ce qu'est le processus de vieillissement ainsi que les besoins qu'il engendre et qu'il puisse organiser les services de manière à répondre à ces besoins. Certains médecins peuvent être en mesure de s'acquitter très habilement de ces tâches, tout comme certaines infirmières et certains travailleurs sociaux.

Question : *Comment le réseau médico-hospitalier canadien peut-il être adapté à nos besoins futurs, indépendamment des forces du marché, des mécanismes de paiement ou de la décentralisation des services au niveau des régions ou des districts ?*

Réponse : Selon Claude Forget, le réseau médico-hospitalier canadien est très peu souple, et Fraser Mustard a plaidé en faveur d'une intensification de l'expérimentation. Il est difficile d'innover, mais non pas parce que les forces rivales sont impuissantes, en fait, c'est plutôt le contraire. À l'instar d'un immense ballon suspendu entre deux équipes rivales, le contrôle est suspendu entre deux forces très puissantes, d'une part la profession médicale et de l'autre, le gouvernement. Et malheureusement, chacun contrôle quelque chose de différent. De son côté, le gouvernement prend les décisions en ce qui concerne les dépenses sanitaires globales tandis que les médecins décident de l'utilisation des services.

Si l'on veut changer le système, il faut que l'autorité de prendre les décisions relatives à l'utilisation des services et la responsabilité de payer ces services soient alignées. C'est là la caractéristique commune de la budgétisation pour les services cliniques et de la concurrence financée à même les fonds publics. Il est donc très clair que, quelle que soit la position que nous adoptions pour ce qui est d'adapter le système canadien aux changements, il reste qu'il faudra toujours aligner les décisions concernant l'utilisation et les décisions relatives aux dépenses.

L'une des raisons pour lesquelles il nous faut examiner la question de la concurrence financée à même les fonds publics est tout simplement qu'il s'agit peut-être de la seule avenue à explorer. Si, par exemple, les gouvernements refusent de se mêler à l'exercice de la médecine en se penchant sur les barèmes d'honoraires et en faisant en sorte qu'ils reflètent la déontologie et l'efficacité, ou encore s'ils refusent de décentraliser le financement au niveau des conseils sanitaires de district, ils limitent sérieusement les options en ce qui concerne le changement.

Il y a toutefois certaines mesures à prendre avant de passer à l'expérimentation. En premier lieu, il nous faut déterminer l'importance des économies éventuelles. Ensuite, nous devons établir si les stimulants financiers comme les surcharges ou les rabais aux consommateurs, qui seront nécessaires si l'on veut modifier le système, seraient contraires à la Loi canadienne sur la santé.

Il ne faudrait surtout pas croire que le système futur ne peut être marqué que par la concurrence ou la réglementation. Quelle que soit l'option que nous choisirons, elle devra intégrer des éléments importants de l'autre. Il ne s'agit pas de trancher. . . ce n'est pas blanc ou noir.

Question : *Dans son exposé, M. Forget a souvent fait allusion au besoin d'entrepreneurs dans notre réseau médico-hospitalier actuel. Selon mon interprétation, il ferait ici allusion au fait de prendre des risques accrus et d'obtenir en contrepartie une rétribution accrue, et je me demande s'il s'agit simplement d'une question de sémantique ou s'il y a vraiment des risques à prendre dans notre réseau médico-hospitalier. Pourrait-il étoffer ?*

Réponse : Il est évident que tout entrepreneur doit prendre des risques, mais ces risques il les court en faisant quelque chose, et il y a vraiment lieu de mettre l'accent sur la chose à faire. Dans notre système actuel, il n'y a pas de place pour l'un ou l'autre. En effet, le système s'apparente à un jeu dans lequel le total est toujours zéro, où pour chaque gain il y a une perte et pour chaque gagnant, un perdant; voilà qui peut entraîner beaucoup de

résistance au changement. Il faut à tout prix innover. Un système doit être souple à deux égards, il doit être souple pour ce qui est de l'affectation des ressources et du point de vue des dépenses totales. Cette souplesse devrait provenir de plusieurs dimensions, des valeurs et des préférences déterminées à différents niveaux, et il ne devrait pas s'agir tout simplement d'un total de dépenses prédéterminé, ce qui obligerait les gens à se battre pour obtenir leur part respective. Si notre système n'était pas contrôlé de façon aussi rigide et efficace, on y consacrerait probablement plus de ressources et non moins. Devrions-nous, dans un système démocratique, refuser cette demande de ressources supplémentaires ?

Question : *Je me demande si nous n'obtiendrions pas de meilleurs résultats dans un système plus ouvert et davantage axé sur le profit ?*

Réponse : Avant d'introduire la privatisation dans notre système médico-hospitalier, il nous faudrait nous arrêter et revoir ce que nous entendons par équité. Nous semblons croire qu'équité est synonyme d'uniformité, mais il y a d'autres façons de définir ce terme. Nous pourrions, par exemple, déterminer quelle quantité de services serait équitable, tout en respectant la liberté des personnes qui souhaitent consacrer davantage de ressources à leurs propres soins de santé. Ainsi, on aurait un système plus souple qui utiliserait plus de ressources et qui dégagerait même certaines ressources pour ces personnes qui se trouvent au bas de l'échelle économique. Cette mesure pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins de santé en général. Ainsi, si l'objectif consiste à garantir les *mêmes* soins à tous, voilà qui est une chose, mais si l'on veut fournir de *meilleurs* soins à tous, c'est une toute autre paire de manches.

Question : *L'intégration verticale des hôpitaux devrait-elle avoir préséance sur l'intégration horizontale ?*

Réponse : Dans son exposé, M. Brunet laisse entendre que l'intégration verticale des hôpitaux est tout à fait souhaitable. Elle pourrait mener au décloisonnement des hôpitaux et permettre de sortir plus rapidement les personnes âgées des hôpitaux en vue de leur placement dans des établissements du type Baycrest. Les partisans de l'intégration verticale souhaiteraient qu'on expérimente dans ce sens.

Pour leur part, ceux qui ne croient pas à l'intégration verticale seraient favorables à l'intégration horizontale de grands établissements hospitaliers. On pourrait justifier l'expérimentation dans ce sens en disant qu'aujourd'hui il y a une vive concurrence entre les hôpitaux spécialisés en vue d'obtenir des fonds de l'État, et que cette rivalité est destructrice. Des hôpitaux ayant une même vocation ne discutent jamais de questions comme celles des scanners de tomographie axiale, des installations de résonance magnétique nucléaire ou de la tomographie par émission de positons. Il y a trop de gens qui ont des intérêts à protéger dans l'intégration verticale aujourd'hui. Chacun tente en fait de devenir de plus en plus puissant sur le plan de la haute technologie. L'intégration horizontale plus poussée des hôpitaux permettrait de réaliser des économies dans la prestation des soins de santé.

10 Allocution de clôture

Judith Maxwell

Permettez-moi, pour conclure ce colloque, de faire quelques commentaires sur ce qui se dessine pour l'avenir.

Tout d'abord, il me paraît important de souligner que le Conseil économique, lorsqu'il organise des colloques comme celui-ci, vise un quadruple objectif. Il veut d'abord se renseigner sur les problèmes à l'étude, afin d'être mieux en mesure de contribuer au débat public et d'avoir des données supplémentaires dans la préparation de son propre programme de recherche.

Le second objectif consiste à regrouper un certain nombre de personnes représentant plusieurs disciplines. Nous espérons que chacun d'entre vous a pu tirer parti de sa participation à ces discussions et se sent encouragé à poursuivre de nouvelles idées qui produiront des avantages à long terme pour le Canada et son système de soins de santé.

Troisièmement, nous nous proposons de publier les actes de ce colloque, dans le but de diffuser les idées exprimées ici auprès d'un public beaucoup plus vaste de chercheurs dans le domaine de la santé.

Enfin, nous publierons un résumé des exposés présentés lors de ce colloque dans le magazine du Conseil, *Au Courant*, dont le tirage permet d'atteindre quelque 40 000 abonnés.

Avant de terminer, je tenterai de résumer quelques-uns des principaux messages qui se dégagent du colloque. Ils éclaireront les travaux du Conseil sur les questions relatives aux soins de santé, que ce soit dans nos publications, dans les entrevues avec les médias ou encore dans nos interventions lors d'audiences parlementaires et législatives.

Le système de soins de santé du Canada est en bonne santé ! Nous avons raison d'en être fiers, mais il faut se garder d'être béats ou complaisants. Il est évident qu'au cours des prochaines décennies, nous ferons face à une augmentation de la demande de services de santé de la part des personnes âgées. Ce phénomène se produira un peu plus tard au Canada que dans les autres pays. Ce qui est inquiétant, ce n'est pas tant l'importance de nos engagements dans le domaine de la santé que la hausse subite de la demande. Le système devra s'adapter de façon très rapide.

Nous savons également que les consommateurs de soins de santé seront plus exigeants, même si nous ne savons pas de manière précise ce qu'ils exigeront. On peut supposer qu'ils souhaiteront avoir accès à plus de services qu'à l'heure actuelle, et qu'ils pourraient réclamer de nouveaux modes de prestation des soins. Enfin, nous nous inquiétons de la possibilité que les pratiques actuelles ne mènent à une intensification inutile des services. Ce qui nous amène à poser la question de l'incitation à rentabiliser davantage le système des soins.

Il s'exerce sur les gouvernements d'énormes pressions en faveur de la compression des dépenses. Les ressources financières seront soumises à diverses manipulations afin de répondre aux besoins dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la croissance économique et de la création d'emplois. Mais ces conflits se manifesteront aussi au sein du secteur de la santé – entre les services structurés et les soins « informels », par exemple. Les ressources étant limitées, personne ne souhaite que les pressions exercées sur le système de santé mènent à des coupures arbitraires. Au contraire, nous cherchons à obtenir des gains d'efficacité et, dans certains domaines importants, nous voulons jouir d'une marge de manœuvre qui nous permette d'améliorer la qualité des services.

Il est deux aspects importants de nos délibérations qu'il me paraît important de souligner, soit les critères qui président à la prestation des soins de santé et l'intégration des services.

Tout d'abord, le contrôle des coûts n'est pas au nombre des critères en place au Canada. Les experts internationaux nous ont clairement dit au cours du colloque qu'il ne suffit pas d'imiter l'étranger. Il ne suffit pas de transplanter ici les régimes de maintien de la santé et les catégories de diagnostics. Mais il faudrait au moins que nous nous penchions attentivement sur les leçons qui se dégagent de ces initiatives. L'objectif fondamental à poursuivre au cours des années à venir consistera à rendre notre

système plus souple et à encourager l'essai de nouveaux modes de prestation et de nouveaux genres de soins. Nous devrons également trouver les moyens de faciliter l'intégration des services.

Pour ce qui concerne cette question de l'intégration, il se pose plusieurs questions. Tout d'abord, il est certain que la solution à bon nombre de problèmes des personnes âgées se trouve du côté des services sociaux et des services aux personnes, et non pas du côté des services médicaux. C'est pourquoi nous devons trouver les moyens d'intégrer les services sociaux et les services de santé à l'intention des gens âgés. Plusieurs ont souligné la nécessité de mettre en évidence la responsabilité personnelle des individus en ce qui concerne leur propre état de santé. En ce sens, il faut promouvoir l'adoption de nouvelles habitudes et de nouvelles attitudes à l'égard des soins personnels.

Il nous faudra également supprimer les barrières entre les services sociaux et les soins de santé. Ce problème se situe au niveau des ministères, aussi bien que des professions et des institutions. Cette intégration devrait nous permettre d'obtenir d'importants résultats quant à la qualité et à l'efficacité de coût. Pour ma part, je crains que le système de soins de santé ne tende à s'adjoindre de nouveaux services dans le dessein de mieux s'intégrer aux services sociaux, mais que cette façon de procéder ne finisse par se substituer à une intégration véritable. Cela aurait pour conséquence d'accentuer les inefficacités actuelles.

En conclusion générale, nous entrevoyons déjà quelle sera la demande des personnes âgées dans les années qui viennent. Ainsi avons-nous le temps de procéder à la planification et aux adaptations nécessaires. Il serait inacceptable que nous laissions dégénérer le problème en crise.

A Coûts et productivité des hôpitaux canadiens

L. Auer

Les coûts et la productivité du secteur hospitalier canadien ont fait l'objet d'une étude publiée récemment par le Conseil économique du Canada.

Au cours des deux dernières décennies, les coûts de fonctionnement des hôpitaux ont décuplé, passant de 0,7 milliard de dollars en 1961 à 7 milliards en 1979/1980. L'analyse indique dans quelles proportions cette augmentation est attribuable à la hausse des salaires et des prix et à la prestation de services plus poussés dans les hôpitaux, tout en retraçant l'évolution de la productivité de ces derniers au cours de cette période. Elle indique également dans quelle mesure les coûts varient d'une province à l'autre et quels facteurs sont à l'origine de ces écarts. Les résultats de l'analyse mènent à l'examen des possibilités d'améliorer le secteur hospitalier et d'en réduire les coûts.

Cette analyse est d'une portée limitée. Elle se fonde sur les statistiques financières des hôpitaux compilées par chaque province et ne se penche pas sur chacun des principaux facteurs qui déterminent les coûts des hôpitaux. On n'y examine pas, par exemple, dans quelle mesure les médecins influent sur la demande de ressources, la productivité ou l'efficacité économique des hôpitaux, pas plus que le régime de mesures incitatives propre à la structure institutionnelle et au financement du secteur hospitalier. L'analyse porte plutôt sur l'emploi qu'on fait des services hospitaliers, ainsi que sur leurs coûts et leur potentiel d'amélioration.

Voici en résumé les résultats de cette analyse :

• De 1961 à 1980, les dépenses d'exploitation des hôpitaux au Canada ont augmenté à un taux annuel moyen de 15 %. Environ 1,5 point de pourcentage de cette augmentation des coûts est attribuable à la *croissance démographique*. Le solde considérable de 13,5 points doit être imputé à d'autres facteurs (graphique A-1).

• Outre la croissance démographique, deux facteurs importants ont contribué à l'augmentation des dépenses du secteur hospitalier : les *taux d'hospitalisation* et les coûts par patient. L'évolution de la pyramide des âges de la population canadienne n'a eu qu'un effet minime sur les taux d'hospitalisation, car la majorité des patients hospitalisés, soit au moins les trois quarts, provenaient des tranches d'âge plus jeunes. Par ailleurs, la baisse de taux d'hospitalisation des jeunes femmes, liée à la forte dénatalité au pays, a plus que compensé l'augmentation du nombre de patients âgés. L'effet net de ces phénomènes démographiques sur les taux d'hospitalisation a été à peu près nul.

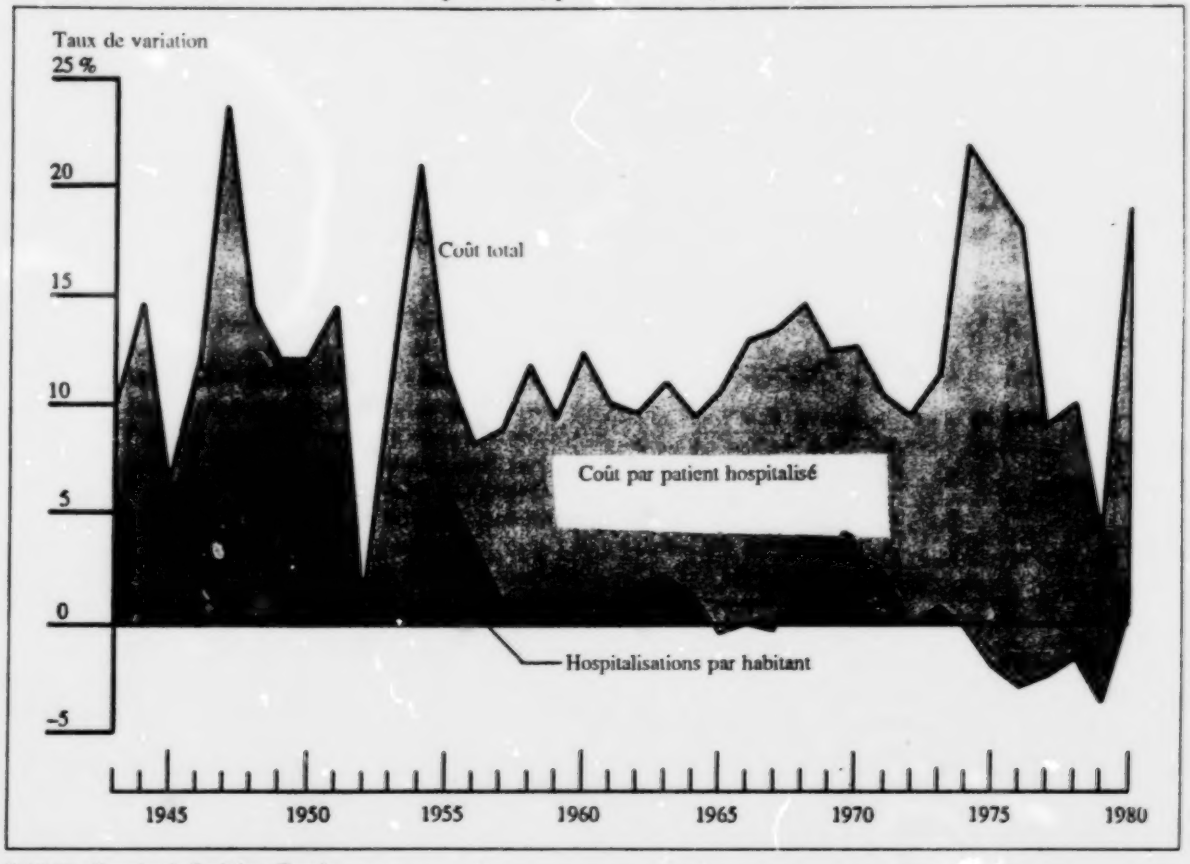
• Des 15 % d'augmentation annuelle moyenne des coûts de fonctionnement des hôpitaux, près de 13 % peuvent être attribués à la hausse des *coûts par patient hospitalisé*. Les coûts ont augmenté dans tous les départements des hôpitaux. On croit souvent que les soins dispensés aux patients hospitalisés forment de loin le plus important poste de dépenses et que les services de diagnostic suivent de près. Or, tel n'a pas été le cas. En moyenne, les services administratifs et de soutien ont contribué autant, sinon plus, à la montée des coûts que les dépenses pour les soins dispensés aux patients hospitalisés. Quant aux services diagnostiques et thérapeutiques, ils ne se chiffraient à guère plus du tiers, environ, des dépenses pour les patients hospitalisés.

• Parmi les divers facteurs de hausse des coûts par patient, communs à tous les départements et services hospitaliers, *les taux de salaire plus élevés accordés aux employés des hôpitaux sont intervenus pour environ les deux tiers et les services plus nombreux et plus intensifs pour le quart, le reste (un dixième) étant attribuable aux prix plus élevés des équipements hospitaliers* (tableau A-1).

• Le facteur dominant de la montée des *taux de salaires payés dans les hôpitaux* a été de loin l'inflation des salaires et des prix à l'échelle du pays. Celle-ci a résulté de la croissance accélérée de l'économie nord-américaine durant les années 60, des politiques monétaires expansionnistes du début des années 70, ainsi que des deux chocs des prix du pétrole et des matières premières au milieu et à la fin des années 70. Les accords salariaux intervenus dans le secteur hospitalier ont dépassé ceux du reste de l'économie, mais ils ont suivi en substance les mêmes variations cycliques que les autres industries tertiaires et la fabrication. Les changements dans le degré de scolarité des infirmières et dans leur statut d'employées ont également influé sur les taux de salaires, mais ce facteur a joué un rôle moins important que ceux qui se sont manifestés dans l'ensemble de l'économie.

Graphique A-1

Sources de la hausse des coûts hospitaliers, par habitant, Canada, 1943-1980



SOURCE Données de Statistique Canada.

• La population canadienne s'étant accrue au rythme de 1,5 % par année durant cette période, il y avait lieu de s'attendre que les services hospitaliers progressent à peu près au même taux. En termes réels, on constate cependant que la cadence a été beaucoup plus rapide que prévu, soit 5 % par année, en moyenne. Ce sont les *services plus intensifs* dispensés aux patients hospitalisés qui ont contribué le plus à cette augmentation. Compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges de la population canadienne et du fait que les personnes âgées, une fois hospitalisées, récupèrent moins rapidement, il ne faut peut-être pas s'en étonner. On craint de plus en plus que le vieillissement de la population n'exige des soins hospitaliers sans cesse croissants et qu'il ne devienne très difficile pour les gouvernements de les financer dans l'avenir.

• La proportion des lits d'hôpital réservés aux patients âgés est passée d'environ 30 % au début des années 60 à 50 % aujourd'hui. Pour répondre à cette *augmentation de la demande de services hospitaliers liée à l'âge des patients*, les hôpitaux ont réduit la durée d'hospitalisation des jeunes patients. Ils ont ainsi réussi à réduire de 1,0 à 0,4 % l'an le prolongement de la durée d'hospitalisation en raison de l'âge.

• Pendant ce temps, les hôpitaux ont intensifié leurs services. La *densité des services par cas* a augmenté dans les départements diagnostique et thérapeutique, par exemple, le nombre d'examens et de traitements radiologiques étant passé de 133 unités par patient au début des années 60 à 144 unités à la fin des années 70. Toutefois, la densité par cas n'a pas augmenté dans tous les départements. Ainsi, en raison de la dénatalité à l'échelle du pays, on constate une diminution – de 15 à 9 % – du nombre de visites à la salle d'accouchement en proportion de tous les traitements dispensés à l'hôpital, tandis que le

Tableau A-1

Incidence de divers facteurs sur la croissance des coûts de fonctionnement des hôpitaux, par province, Canada, 1961 à 1979/1980

En pourcentage

	Canada	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Dépenses globales	14,9	17,6	13,7	14,5	13,4	17,0	13,7	13,0	12,6	15,8	15,7
Croissance démographique	1,6	1,3	0,9	0,8	0,9	1,1	1,9	0,6	0,2	2,7	2,8
Autres facteurs[1]	0,6	0,5	0,4	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,3	0,6	0,5
Dépenses par habitant	12,7	15,8	12,4	13,0	11,8	15,1	11,2	11,7	12,1	12,5	12,4
Vieillissement de la population	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
Facteurs propres à l'âge	–0,6	1,8	1,6	0,6	–0,3	–1,2	–0,5	–0,8	0,0	–0,4	0,6
Autres facteurs[2]	0,4	0,5	0,2	0,2	0,0	0,7	0,5	0,1	–0,1	–0,1	–1,1
Coût par patient hospitalisé	12,6	13,2	10,4	12,0	11,8	15,2	10,9	12,2	12,0	12,9	12,7
Taux de salaires	8,2	6,9	7,4	7,9	7,9	8,7	8,3	8,2	7,7	8,4	8,4
Prix	1,1	1,7	1,4	1,5	1,3	0,8	1,0	1,1	1,2	1,2	0,9
Densité des services	3,3	4,6	1,6	2,6	2,6	5,7	1,6	2,9	3,1	3,3	3,3

1 Sont inclus sous cette rubrique l'effet sur les coûts des traitements dispensés aux patients externes, ainsi que les résultats de l'interaction de la croissance démographique des dépenses par habitant.
2 Les autres facteurs comprennent notamment l'interaction des taux d'hospitalisation par habitant et des coûts par patient hospitalisé.
SOURCE Estimations fondées sur des données de Statistique Canada. Les données ne visent que les hôpitaux publics généraux et autres, ainsi que les sanatoriums pour tuberculeux; elles excluent les hôpitaux pour malades mentaux et les établissements de soins spéciaux.

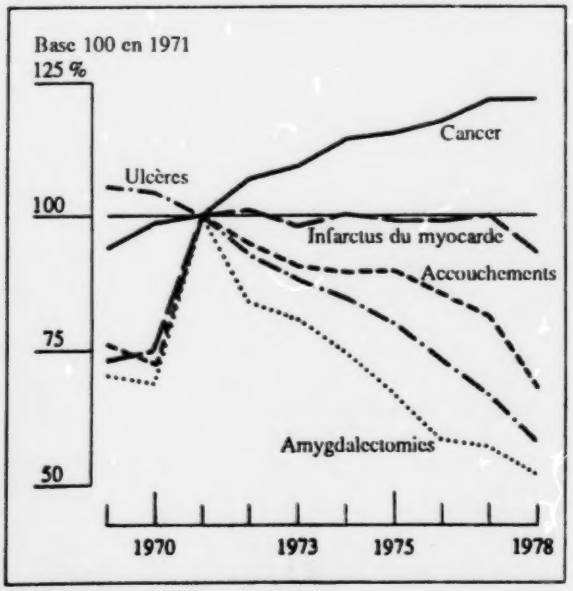
nombre de jours-infirmières par tranche de 100 patients hospitalisés est passé de 100 à 57. En faisant porter nos calculs sur 23 services hospitaliers différents, l'augmentation de la densité des services par cas est intervenue pour environ le tiers de l'augmentation totale de la densité des services.

• Les deux autres tiers proviennent d'une plus grande *densité des services par tâche*. Le nombre d'heures de soins infirmiers par journée d'hospitalisation, par exemple, est passé de 3,3 au début des années 60 à plus de 5 à la fin des années 70. Au cours de la même période, le nombre d'heures de soins infirmiers par intervention chirurgicale s'est accru de 9 à 11,5, tandis que l'augmentation a été de 11 à 21 heures pour les naissances dans la salle d'accouchement.

• Afin de déterminer si des changements considérables dans la *composition de la morbidité hospitalière* avaient pu faire accroître la demande de services, tous les cas d'hospitalisation ont été évalués à l'aide d'une échelle de coûts comparatifs pour le traitement de 46 catégories de diagnostics. Malgré la présence de tendances divergentes d'une catégorie à l'autre – augmentation des taux d'hospitalisation pour le traitement du cancer, diminution dans le cas des ulcères ou des amygdalectomies, par exemple (graphique A-2) –, l'évolution de la morbidité hospitalière au cours de la dernière décennie n'a pas entraîné une hausse appréciable de la demande de services. Une ventilation plus poussée – en décuplant le nombre de catégories de diagnostics, par exemple – aurait-elle livré des résultats très différents ? Nul ne saurait le dire.

Graphique A-2

Indices d'hospitalisation pour diverses causes (pour 100 000 habitants), Canada, 1969-1978



SOURCE Données de Statistique Canada.

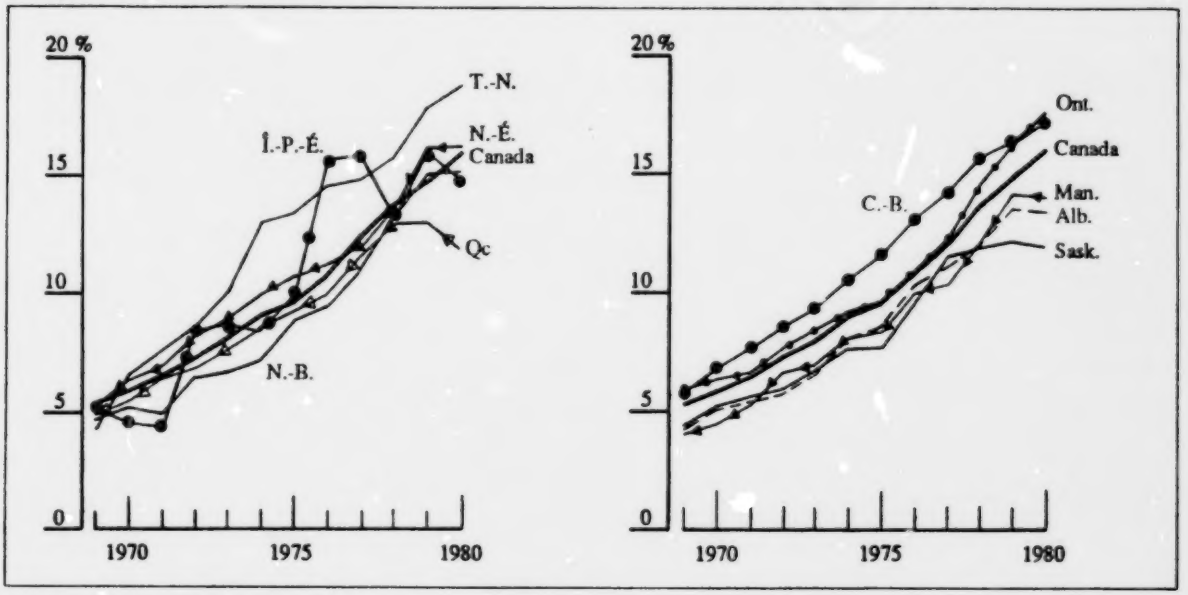
• L'examen de chaque élément de la hausse des coûts hospitaliers a révélé un rapport assez singulier entre la densité des services par cas et la densité des services par tâche dans le calcul des estimations pour les soins dispensés en salle d'accouchement et dans les pouponnières. Dans ces deux catégories, la densité par cas a diminué tandis que la densité par tâche a augmenté, l'une compensant l'autre. La baisse de l'intensité par cas est sans doute attribuable à celle de la natalité à l'échelle du pays, mais l'augmentation de la densité par tâche s'explique plus difficilement. En termes statistiques, elle est liée à la *fréquence accrue des accouchements par hystérotomie* (par césarienne). Ainsi, au cours de la dernière décennie, la proportion des accouchements par hystérotomie est passée de 5 % de tous les accouchements en milieu hospitalier en 1970 à plus de 15 % en 1980-1981 (graphique A-3). Ce mouvement à la hausse est sans doute attribuable à la fréquence accrue des accouchements difficiles, elle-même liée au fait qu'un plus grand nombre de femmes choisissent de retarder la première naissance, ainsi qu'aux nouvelles techniques d'observation du fœtus. Cette tendance à la hausse des accouchements par hystérotomie ne laisse pas d'inquiéter, mais on ne s'entend pas encore sur une proportion optimale.

• Comme pour les autres secteurs et industries, on mesure la *productivité des hôpitaux* en comparant la production aux facteurs, la productivité étant d'autant meilleure que la production réagit positivement à l'addition de facteurs supplémentaires. L'idéal serait qu'on puisse évaluer la production hospitalière en mesurant l'amélioration de l'état de santé des patients hospitalisés. Comme cela est impossible, nous avons considéré des indicateurs secondaires tels que l'espérance de vie et l'espérance de santé. Or, ni l'un ni l'autre de ces indices ne nous est apparu assez précis ou assez sensible pour nous permettre de quantifier leurs réactions aux variations dans les services hospitaliers au cours des années ou d'une province à l'autre. Nous avons donc déterminé la production hospitalière de façon approximative à l'aide du volume des services hospitaliers, mesuré par le nombre de patients hospitalisés et incorporant un coefficient de correction pour les traitements chirurgicaux et autres reçus par les patients externes.

• Suivant ces calculs, la *production hospitalière* a augmenté au cours des deux dernières décennies, passant de 2,8 millions d'hospitalisations (ou l'équivalent en

Graphique A-3

Nombre de césariennes pratiquées pour 100 accouchements en milieux hospitaliers, par province, Canada, 1969-1980



SOURCE Données de Statistique Canada.

services externes) en 1961 à 4,0 millions en 1979-1980, soit une hausse d'environ 40 %. Au cours de la même période, la population du Canada s'est accrue de 30 % (de 18,2 à 23,9 millions). La croissance démographique a suivi une courbe assez régulière, tandis que le volume de patients a progressé rapidement durant les années 60, pour ralentir ensuite durant les années 70.

• La proportion des *services aux patients externes* dans l'ensemble des services fournis par les hôpitaux publics généraux et spécialisés a à peu près triplé, passant de 4 à 12 %. Parmi les divers services dispensés aux patients externes, le volume de traitements chirurgicaux a augmenté au cours des années alors qu'un plus grand nombre de patients qui, antérieurement, auraient été hospitalisés pour « interventions chirurgicales mineures », reçoivent maintenant leur congé le jour même. Ces cas de traitements chirurgicaux mineurs ont été inclus avec tous les cas d'hospitalisation, étant donné que leur exclusion aurait faussé le volume de services dispensés par les hôpitaux. En ajoutant ainsi aux cas d'hospitalisation les traitements chirurgicaux et autres soins aux patients externes, on fait passer le taux annuel de croissance du volume des services hospitaliers de 2,1 à 3,0 %.

• Les *ressources hospitalières*, c'est-à-dire les facteurs tels que la main-d'œuvre, le capital, le combustible et les matières, ont connu une augmentation annuelle moyenne de 5,3 % et ont plus que doublé durant la période à l'étude. Ainsi, le facteur travail est passé de 320 à 656 millions d'heures et le stock de capital de 2,2 à 4,8 milliards de dollars.

• La *productivité* du secteur hospitalier peut être mesurée en comparant la production des hôpitaux à l'apport de facteurs. On peut mesurer les changements dans la productivité des facteurs en calculant la différence entre les taux de croissance de la production et des facteurs. Les croissances annuelles moyennes étant de 3 % pour le volume de patients et de 5,3 % pour les ressources hospitalières, on obtient un taux négatif de 2,3 %; selon cet indicateur, la productivité des hôpitaux n'a donc pas progressé, mais elle a plutôt régressé au cours des années.

• L'expérience révèle que l'adoption d'une nouvelle technologie industrielle se traduit par une amélioration de la productivité. On observe le même phénomène dans le cas de la *technologie médicale*. Par exemple, les antibiotiques des années 40 et 50 ont réduit les maladies infectieuses et ont permis d'abréger les séjours à l'hôpital. Mais durant les années 60 et 70, de nouveaux traitements très coûteux ont été mis en pratique – la dialyse péritonéale, la transplantation de reins, la chirurgie à cœur

ouvert – requérant des soins plus intensifs. Ils exigent un peu plus de tout : plus de tests de laboratoire et d'examens, plus d'équipement, plus d'espace et, surtout, plus de temps pour les soins infirmiers.

• Les données dont nous disposons étant insuffisantes, il nous est impossible pour l'instant de déterminer si les avantages – c'est-à-dire une amélioration qualitative de l'état de santé des patients – procurés par l'accroissement des services hospitaliers au cours des deux dernières décennies ont été proportionnels à leurs coûts. Nous avons toutefois pu démontrer dans quelle mesure l'*évolution de la productivité des facteurs* a subi l'influence d'une densité accrue des services hospitaliers. La densité par cas a augmenté au fil des ans au rythme de 0,9 %, phénomène lié dans une certaine mesure aux changements dans la longueur des séjours à l'hôpital. Si l'on postule que tous les changements dans la densité des services par cas ont procuré aux patients des améliorations proportionnelles, la baisse de la productivité se trouve ramenée de moins de –2,3 à –1,4 % par année. Si, en plus, on tient compte de l'accroissement de la densité des services par tâche, le résultat montre une hausse effective de la productivité de 0,9 % l'an. D'un point de vue économique, cette approche à l'analyse de la productivité est cependant discutable. En posant l'hypothèse qu'une plus grande densité des services mène automatiquement à une augmentation de la production des hôpitaux, on escamote le problème fondamental de la productivité.

• Une analyse de ce genre permet néanmoins de conclure que la *productivité des hôpitaux* s'est améliorée au cours des deux dernières décennies, à la condition expresse que la densité accrue des services, qu'elle soit mesurée suivant les cas des services ou suivant les tâches, ait produit une amélioration proportionnelle de l'état de santé des patients. Cependant, si l'amélioration de l'état de santé a été un peu moindre et équivaut à moins des deux tiers de la croissance de la densité des services, il faut conclure que la productivité des hôpitaux a diminué.

• Dans les provinces, la croissance des dépenses en soins hospitaliers a réagi à des *facteurs démographiques*. Au cours des deux dernières décennies, la population canadienne a progressé au taux annuel moyen de 1,5 %. En Colombie-Britannique et en Alberta, le rythme a été près de deux fois plus rapide, de sorte que les dépenses hospitalières ont également crû à une cadence plus élevée.

• L'*augmentation des coûts par patient* a varié dans les diverses provinces entre 10 et 15 % l'an. Soulignons de nouveau que les écarts interprovinciaux étaient à peu près sans lien avec le vieillissement démographique. Ils sont le produit d'autres facteurs dont l'influence s'est souvent exercée en sens contraire de celui des phénomènes démographiques.

• La croissance de la *densité des services par tâche* a aussi varié d'une province à l'autre; en Ontario, elle n'a contribué aux coûts que dans une proportion de 1,7 % l'an, tandis qu'à Terre-Neuve, son apport était de 5,3 %. L'écart entre ces deux extrêmes est sans doute attribuable au fait qu'à Terre-Neuve, les niveaux de service étaient beaucoup plus bas, au départ, qu'en Ontario; à mesure que Terre-Neuve a intensifié ses services, elle s'est rapprochée de la moyenne nationale.

• Les *coûts de fonctionnement des hôpitaux* ont accusé des différences interprovinciales atteignant jusqu'à 40 %. Les services aux patients externes ne sont intervenus que pour très peu à cet égard, l'écart étant donc presque entièrement attribuable aux services aux patients hospitalisés.

• Les *niveaux des dépenses affectées aux patients hospitalisés* ont été déterminés d'après les taux d'hospitalisation et les coûts par patient hospitalisé dans chaque province. L'apport des taux d'hospitalisation a oscillé de 25 % en dessous de la moyenne nationale au Québec et à près de 25 % au-dessus de cette moyenne en Saskatchewan. Ce ne sont pas des facteurs démographiques qui expliquent cet écart. Même en tenant compte pleinement des besoins différents selon l'âge, les écarts interprovinciaux demeurent presque entiers.

• Les *écarts interprovinciaux des taux de salaires* du personnel hospitalier ont contribué aux écarts quant aux coûts par patient. Le niveau moins élevé des salaires abaisse celui des coûts par patient dans les régions de l'Atlantique et des Prairies, tandis qu'au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, le niveau plus élevé des salaires a gonflé les coûts unitaires. On retrouve cette relation dans la plupart des provinces.

• La *densité des services* a contribué plus que les taux de salaires aux écarts interprovinciaux des coûts par patient. Cet apport a varié de –35 points de pourcentage dans l'Île-du-Prince-Édouard à +25 points au Québec.

• Nous avons observé une *souplesse d'adaptation* considérable dans la demande de services hospitaliers dans les diverses provinces. Alors que les taux d'hospitalisation varient d'une province à l'autre en fonction des taux relatifs aux jeunes, les durées d'hospitalisation varient principalement en fonction des séjours plus ou moins longs des personnes âgées.

• La *densité des services par tâche* varie par une marge de 20 % d'une province à l'autre, la majeure partie des écarts provenant des écarts en matière d'intensité de main-d'œuvre. Dans les provinces de l'Atlantique et des Prairies, l'intensité de main-d'œuvre a crû plus rapidement

que la moyenne nationale au cours des années, tandis qu'au Québec, elle a diminué.

• Quant à la *productivité des hôpitaux dans les diverses provinces* – mesurée d'après le nombre de patients hospitalisés par année-employé (en tenant compte pleinement des traitements chirurgicaux et des services diagnostiques, thérapeutiques et autres dispensés aux patients externes) –, elle oscille entre 12 patients/année-employé au Québec et 21 en Île-du-Prince-Édouard. Si on la mesure en tenant compte de la densité des services tant par cas que par tâche, on obtient des tendances contraires. Ainsi, la productivité des hôpitaux du Québec est faible si on la mesure selon le nombre de patients, mais elle est élevée si on considère le volume des services.

• Les *ressources hospitalières* ont contribué très peu aux écarts interprovinciaux de la production des hôpitaux par travailleur. La principale raison en est que les coefficients ressources/travailleur ne sont pas très considérables. Ces dernières années, par exemple, le stock de capital par employé dans les hôpitaux a accusé des écarts interprovinciaux atteignant jusqu'à 60 %, mais il se chiffrait en moyenne à moins de 20 000 dollars par employé, soit moins du tiers de ce qu'il est dans l'ensemble des autres secteurs de l'économie.

• Les données empiriques recueillies au cours de cette étude nous amènent à conclure que la densité accrue des services dans les traitements hospitaliers a contribué considérablement à la montée des dépenses hospitalières, même si on tient compte de l'inflation des prix et des salaires dans l'ensemble de l'économie. Ce facteur, qui a ajouté 3 points de pourcentage par année, est intervenu pour un cinquième de la hausse des dépenses hospitalières au cours des deux dernières décennies. Par comparaison, la croissance démographique a fait progresser les dépenses de 1,5 % par année. Si l'on divise les divers facteurs de coûts en deux groupes, les *facteurs macro-économiques*, c'est-à-dire la croissance démographique et l'inflation générale, sont intervenus pour 8 points de pourcentage dans la croissance des coûts (15 %), tandis que les *facteurs particuliers à chaque hôpital*, c'est-à-dire les frais d'hospitalisation par patient, la densité des services et le degré d'inflation particulier à l'hôpital, expliquent les 7 autres points.

• On peut donc conclure que la *productivité des hôpitaux* ne s'est pas améliorée au fil des ans, qu'on la mesure selon le nombre de patients hospitalisés ou selon le volume des services hospitaliers par cas. Calculée de l'une ou de l'autre façon, elle a diminué. Ce n'est que lorsqu'on postule que tous les changements survenus dans la densité des services – mesurée par cas ou par tâche – se sont accompagnés d'une amélioration proportionnelle de l'état de santé des patients que la productivité des facteurs du secteur hospitalier s'accroît, à un taux annuel de 0,9 %. Si on veut freiner la montée des coûts hospitaliers dans l'avenir, il faudra améliorer la productivité des hôpitaux en offrant des incitations propres à en rehausser l'efficacité.

• On s'efforce, surtout aux États-Unis, de *modifier le système actuel*. Aussi bien au Canada qu'aux États-Unis, les régimes d'assurance-santé ont défrayé les coûts, quel qu'ait été leur niveau : plus les coûts étaient élevés, plus les régimes ont déboursé. Bien que la budgétisation et les restrictions globales imposées par l'État ont empêché que les dépenses ne s'élèvent aussi rapidement au Canada qu'aux États-Unis, les modalités de remboursement, dans les deux pays, n'ont pas contredit l'impression d'ultra-générosité qui se dégageait de ce parallélisme des coûts et des dépenses.

• De nouveaux systèmes de comptabilité et barèmes de paiements axés sur le patient, établis selon diverses *catégories de diagnostics*, sont présentement en voie d'adoption aux États-Unis et sont étudiés sérieusement en certains endroits au Canada. Étant donné une échelle de 467 catégories de diagnostics et compte tenu des coûts moyens de traitement rattachés à chacune, si le remplacement de l'articulation iliaque coûtait 5 000 dollars, par exemple, c'est ce montant que les hôpitaux recevraient. Si le coût réel était moins élevé, l'hôpital garderait la différence, mais si le montant était plus élevé, l'hôpital essuierait une perte.

• D'*autres systèmes de comptabilité axés sur le patient* sont fondés non pas sur le remboursement du traitement à l'hôpital, mais sur le paiement annuel (versé à l'avance) du coût par année des soins de santé. Alors que le régime du remboursement en fonction du diagnostic est destiné à abaisser le coût d'hospitalisation par patient, le système du paiement à l'avance est destiné à minimiser le coût annuel des soins de santé par membre du groupe couvert. Les systèmes de paiement à l'avance les plus simples et les plus courants sont les organismes de soins préventifs (*health care maintenance organizations*). Il y a aussi les *preferred provider organizations* (PPO) aux États-Unis, les centres communautaires de soins de santé au Canada et les services prépayés fournis par des chaînes d'hôpitaux aux membres de groupes couverts par une assurance. Les méthodes de comptabilité améliorées des régimes de remboursement selon le diagnostic peuvent fournir des renseignements plus précis sur les dépenses de fonctionnement des hôpitaux, mais sans nécessairement rendre le système plus efficace.

• Nous en venons à la conclusion qu'il est urgent de procéder à des *analyses avantages-coûts* des interventions chirurgicales et des autres traitements dispensés dans les

hôpitaux. Bien que les diverses étapes de cette méthode d'analyse soient déjà bien établies en théorie, les incertitudes et les complexités inhérentes à ces traitements font qu'il est impossible de mesurer toutes leurs conséquences imaginables. Aussi simple que cela puisse paraître, le premier avantage éventuel d'un traitement hospitalier pourrait être mesuré par le nombre d'années additionnelles de vie humaine rendues possibles. D'autres critères pourraient ensuite être ajoutés.

• Nous croyons également qu'il faut mettre au point une *nouvelle technologie visant à économiser la main-d'œuvre*. Compte tenu des tendances des taux de salaires et des prix du matériel hospitalier, il aurait été avantageux d'investir dans des techniques de ce genre durant une bonne partie des deux dernières décennies et il le sera encore davantage à l'avenir. Actuellement, le gouvernement fédéral fournit des sommes considérables pour aider au financement de la protection de la santé par la prévention des maladies et le contrôle des médicaments, la recherche sur la nutrition et les normes visant les aliments, l'évaluation des produits pharmaceutiques ainsi que les services d'inspection. Il n'existe cependant pas de financement pour la mise au point et l'adoption d'une nouvelle technologie permettant d'épargner la main-d'œuvre pour les soins dispensés en institution. On pourrait accélérer ce processus si l'État et le secteur privé affectaient des fonds à cette tâche et si on offrait aux hôpitaux des sommes pour les inciter à expérimenter dans ce domaine.

B Certaines données statistiques de référence

L. Auer

Comparaisons internationales

L'augmentation des dépenses pour les soins de santé est une question qui revient de plus en plus fréquemment à l'ordre du jour des rencontres internationales. Au cours des années 60, beaucoup d'analystes s'attendaient que ces dépenses n'absorbent pas plus qu'un autre point de pourcentage du produit intérieur brut (PIB) par décennie. Mais leur progression a été plus rapide que prévu, gagnant 1,5 point de pourcentage par décennie. Alors qu'en 1960, les principaux pays industrialisés consacraient 4,2 % de leur PIB aux soins de santé, la proportion était passée à 7,6 % en 1982 (graphique B-1).

Avec les années, les pouvoirs publics se sont impliqués de plus en plus dans le financement des programmes de soins de santé, et plusieurs pays ont reconnu que l'accès aux soins de santé était un droit fondamental. Les gouvernements ont redistribué les gains découlant d'une forte croissance économique non seulement aux pauvres, mais à la vaste majorité de la population. Ils ont amélioré la qualité des services de santé et élargi la gamme des prestations. Il n'est donc pas surprenant que la part des dépenses publiques dans l'ensemble des dépenses au titre de la santé se soit accrue (graphique B-2).

La croissance des recettes fiscales a permis de faire face à la hausse des dépenses publiques au chapitre des soins de santé au cours des années 60 et au début des années 70, ce qui, en retour, a contribué à réduire la demande pour de nouveaux programmes de santé au cours des années subséquentes. Le choc pétrolier et la récession de 1974/1975, ainsi que la crise pétrolière de 1978 – qui a entraîné dans son sillage la récession encore plus profonde de 1979-1982 – ont mis un frein à l'expansion des recettes fiscales. Par ailleurs, les gouvernements ont été réticents à accroître les impôts alors que la croissance économique était fortement ralentie. On craignait que toute expansion supplémentaire du secteur public ne se fasse au détriment du secteur privé, entraînant une diminution de la capacité de production et de la productivité, et freinant la croissance économique. À partir de 1975, tous les pays ont réduit leurs dépenses publiques (en termes réels) au chapitre des soins de santé – autant les plus socialisés, comme les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni, que ceux où la part du secteur privé est importante, comme les États-Unis et l'Autriche (graphique B-3).

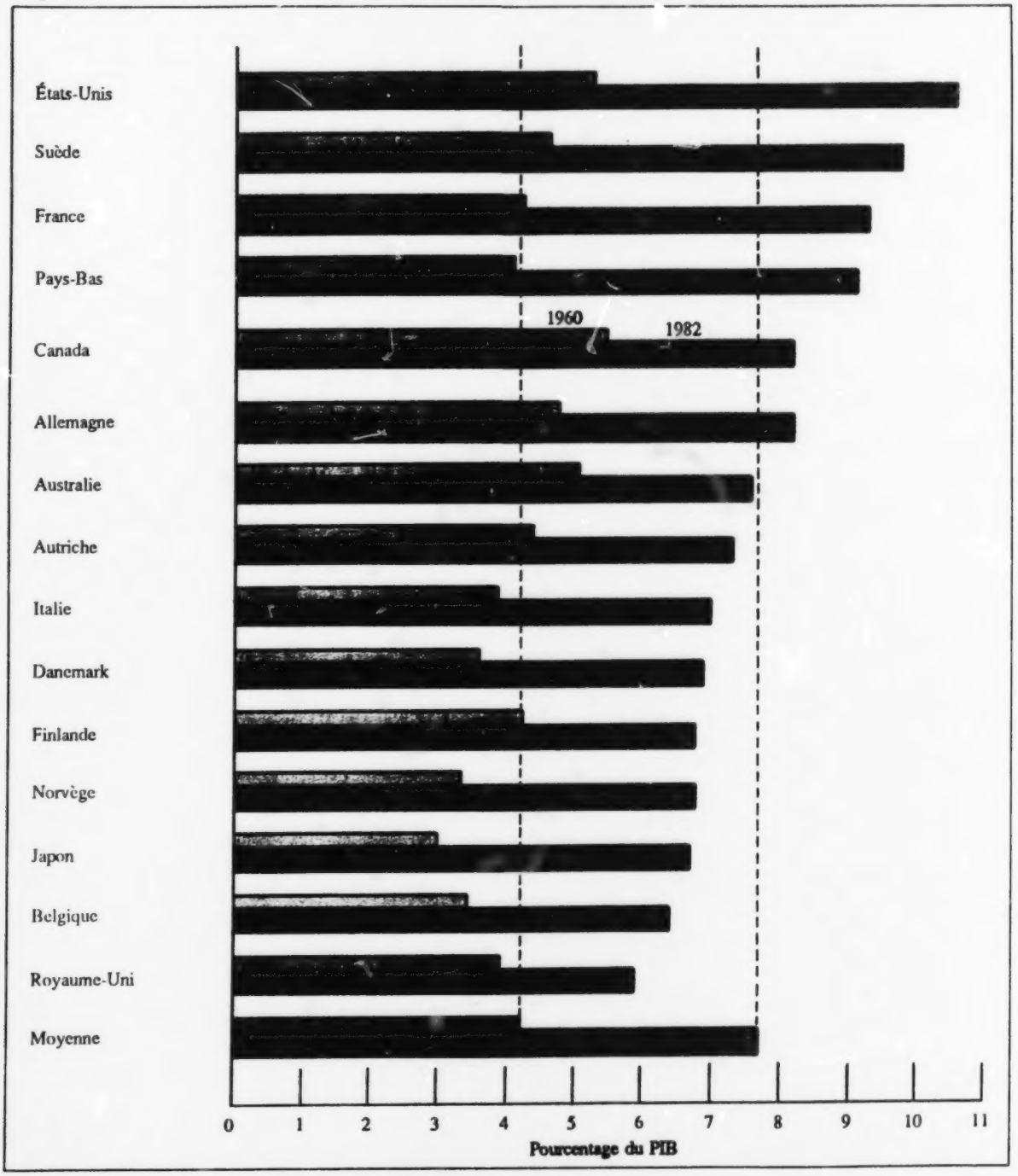
Il est maintenant largement reconnu que l'accroissement des dépenses pour les soins de santé dans les pays industrialisés est principalement attribuable à trois facteurs : l'augmentation du revenu par habitant, une plus grande participation de l'État dans ce domaine et l'avènement de nouvelles techniques médicales. La croissance économique contribue à faire croître non seulement les revenus, mais aussi les attentes de la population ainsi que la demande pour les services de santé. Le financement de ces services par l'État signifie qu'il y a augmentation des dépenses publiques lorsque de nouveaux programmes sont lancés. Par contre, la présence de l'État dans ce secteur peut permettre un contrôle plus serré. Ainsi, comparativement à d'autres pays, les dépenses publiques au Canada pour les soins de santé ont été élevées vers la fin des années 60 et au début des années 70. Par la suite, cependant, le Canada a réussi à maintenir à un niveau inférieur à celui d'autres pays – comme les Pays-Bas et les États-Unis – la part du PIB qu'il consacre aux soins de santé (graphique B-2).

Dans presque tout le secteur de la santé – à l'exception notable des médicaments – la technologie nouvelle s'est avérée plus grande utilisatrice de main-d'œuvre plutôt que d'en favoriser l'économie. Au cours des 20 dernières années, la médecine a fait de grands progrès; mais, dans presque tous les cas, ceux-ci ont nécessité davantage de ressources en biens d'équipement, sans réduction correspondante du côté du facteur travail.

Le rattrapage de la science médicale sur le secteur financier n'a pas produit les énormes avantages auxquels on s'attendait. L'espérance de vie – l'un des principaux indicateurs de l'état de santé, qui sert aussi à mesurer la production des services de santé – n'a pas progressé de pair avec le volume et la qualité des services. Les dépenses additionnelles pour les soins de santé ont donné lieu à des rendements décroissants. L'augmentation de l'espérance de vie que l'on observe depuis les années 20 s'est graduellement stabilisée; il semble que, quel que soit le mode de financement, l'intensité des services ou le niveau des dépenses par habitant au chapitre des soins de santé, les tendances internationales convergent vers une espérance de vie se situant entre 75 et 80 ans (graphique B-4).

Graphique B-1

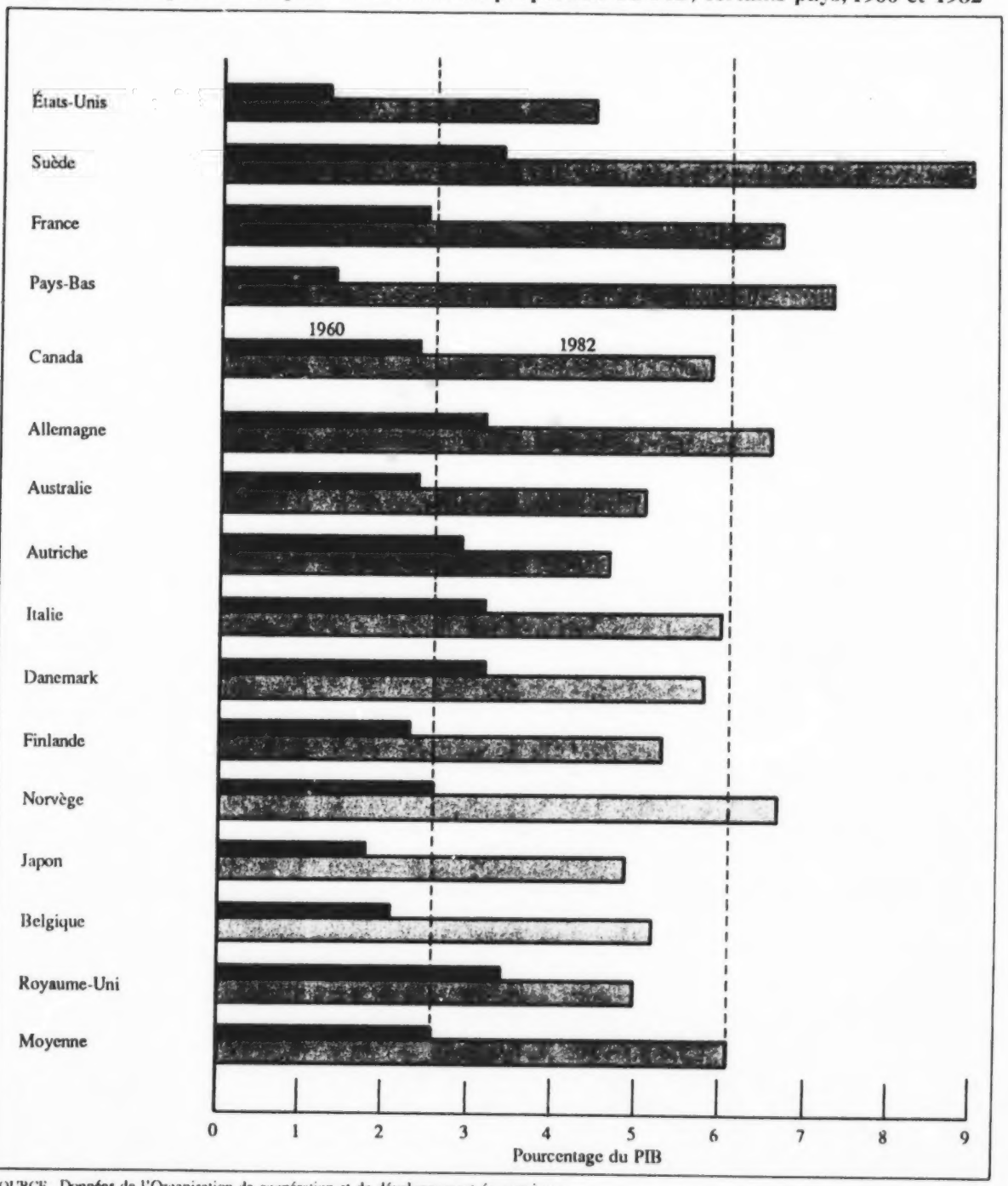
Dépenses en soins de santé en proportion du PIB, certains pays, 1960 et 1982



SOURCE Données de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Graphique B-2

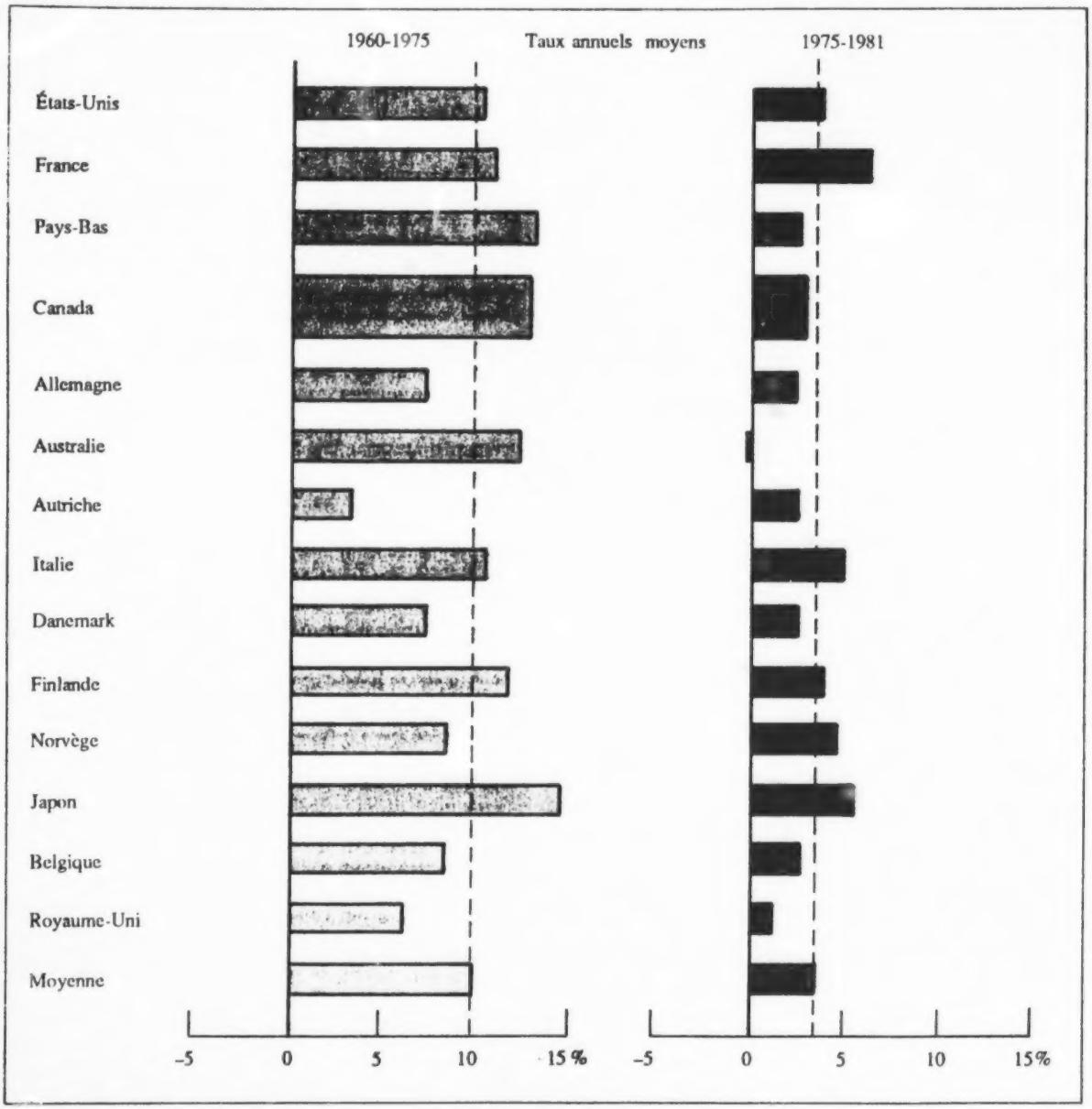
Dépenses publiques au chapitre de la santé en proportion du PIB, certains pays, 1960 et 1982



SOURCE Données de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Graphique B-3

Croissance des dépenses publiques au chapitre de la santé, certains pays, 1960-1975 et 1975-1981



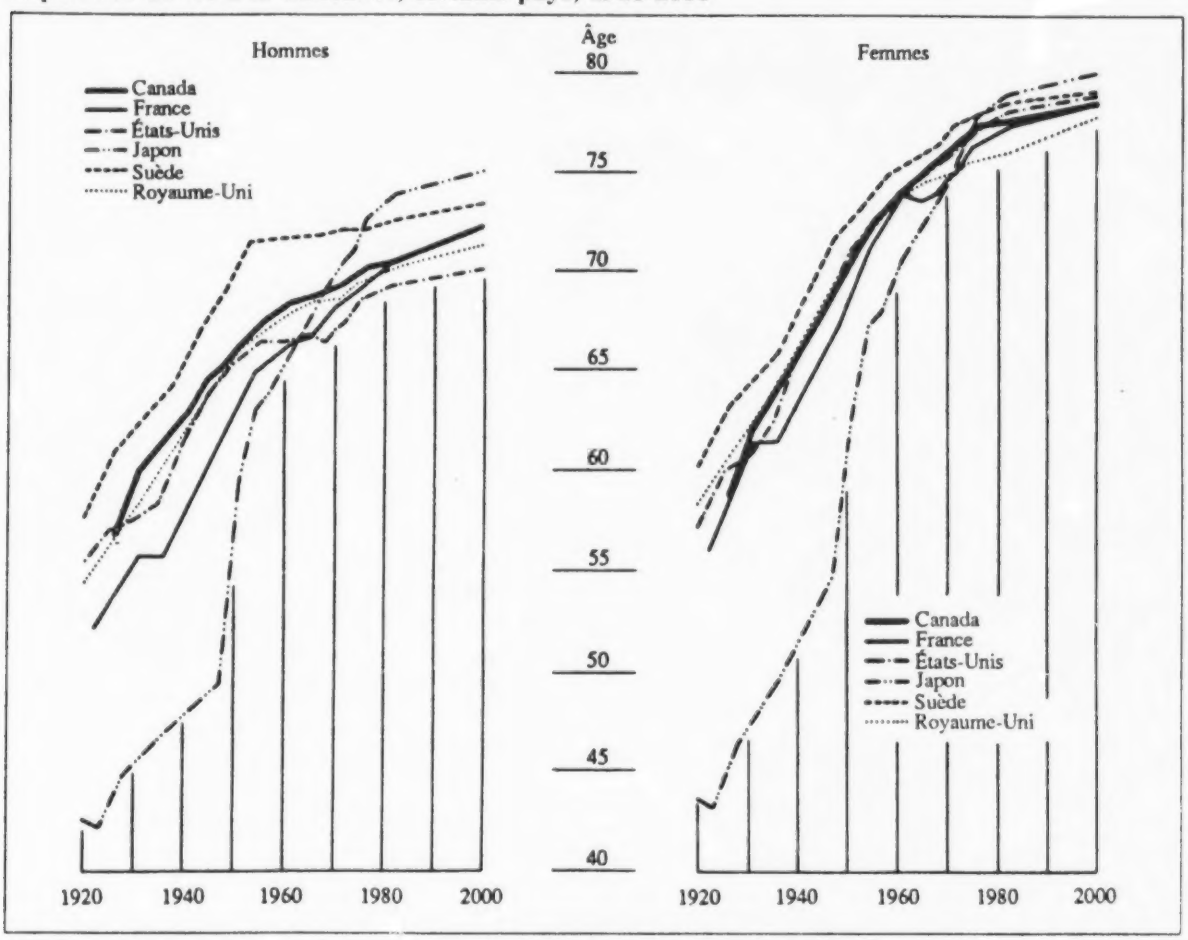
SOURCE : Données de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

L'évolution démographique

Au cours des quatre dernières décennies, la population canadienne a approximativement doublé, passant de 12,3 millions en 1946 à 25,6 millions en 1986. On prévoit cependant que la croissance sera beaucoup plus lente au cours des quatre prochaines décennies (Statistique Canada, 1985). Si l'on suppose un scénario de croissance lente

Graphique B-4

Espérance de vie à la naissance, certains pays, 1920-2000



SOURCE Organisation mondiale de la santé, *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*, Genève, OMS, 1983.

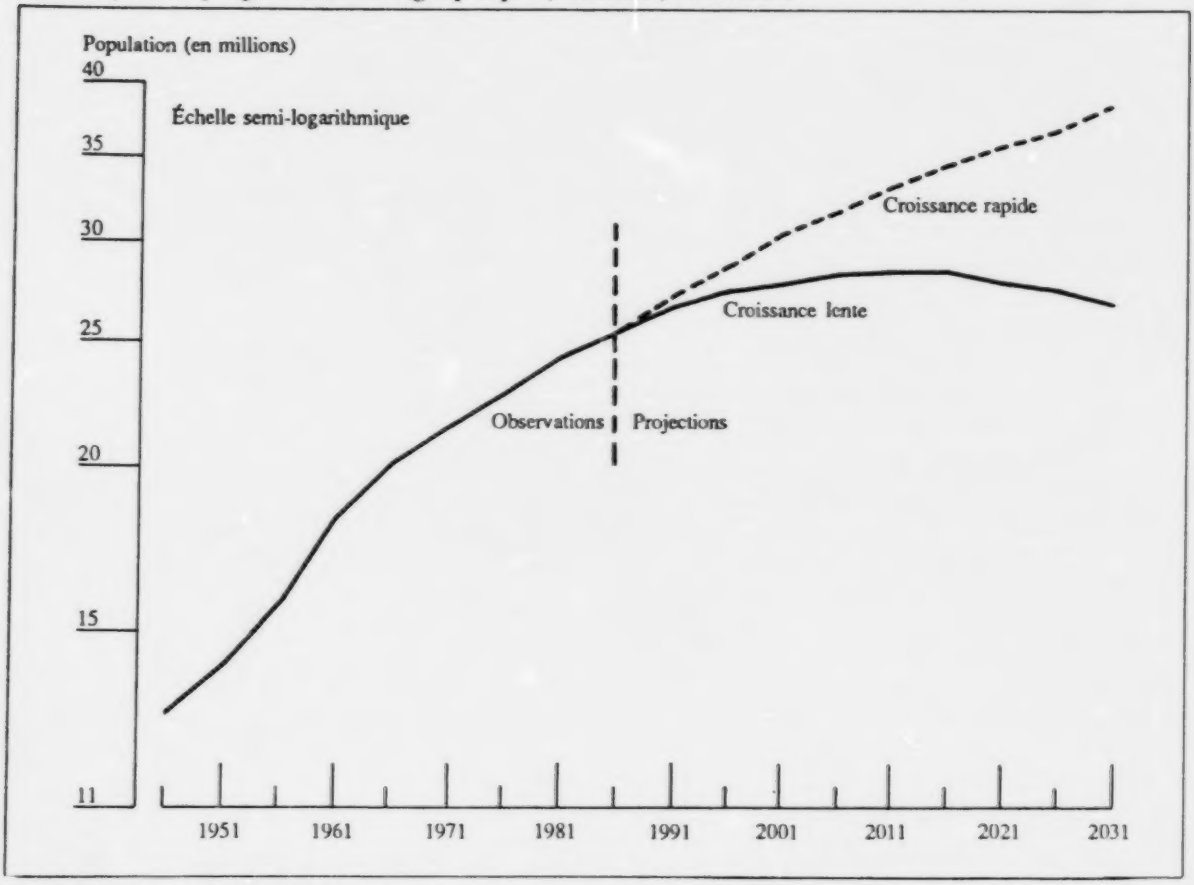
comportant un faible taux de fécondité (1,7 enfant par femme) et un flux d'immigration de 100 000 personnes par année, la population du pays s'accroîtra lentement pour atteindre un maximum de 28 millions d'habitants en l'an 2006, se maintenant ensuite à ce niveau pour diminuer quelque peu jusqu'à 27,5 millions en l'an 2026. Toutefois, si l'on obtient un scénario de croissance rapide – avec un taux de fécondité élevé (2,2 enfants par femme) et une immigration nette de 150 000 personnes par année – la population du Canada devrait atteindre 32 millions en l'an 2006 et continuer de s'accroître jusqu'à près de 37 millions de personnes en l'an 2026. Mais, même dans l'hypothèse de cette projection plus élevée, la population canadienne n'augmenterait qu'à un peu moins de la moitié du rythme de croissance enregistré dans le passé (graphique B-5).

Le vieillissement de la population

La tendance au vieillissement a commencé à se manifester dans la population canadienne il y a environ deux décennies, au moment où prenait fin l'explosion des naissances de l'après-guerre. Ce phénomène est clairement illustré par la contraction de la base de la pyramide démographique, alors que le nombre d'enfants d'âge préscolaire et d'élèves du niveau primaire est tombé sous la marque des 2 millions pour la première fois en 1981 (graphique B-6).

Graphique B-5

Statistiques et projections démographiques, Canada, 1946-2031



SOURCE Données de Statistique Canada.

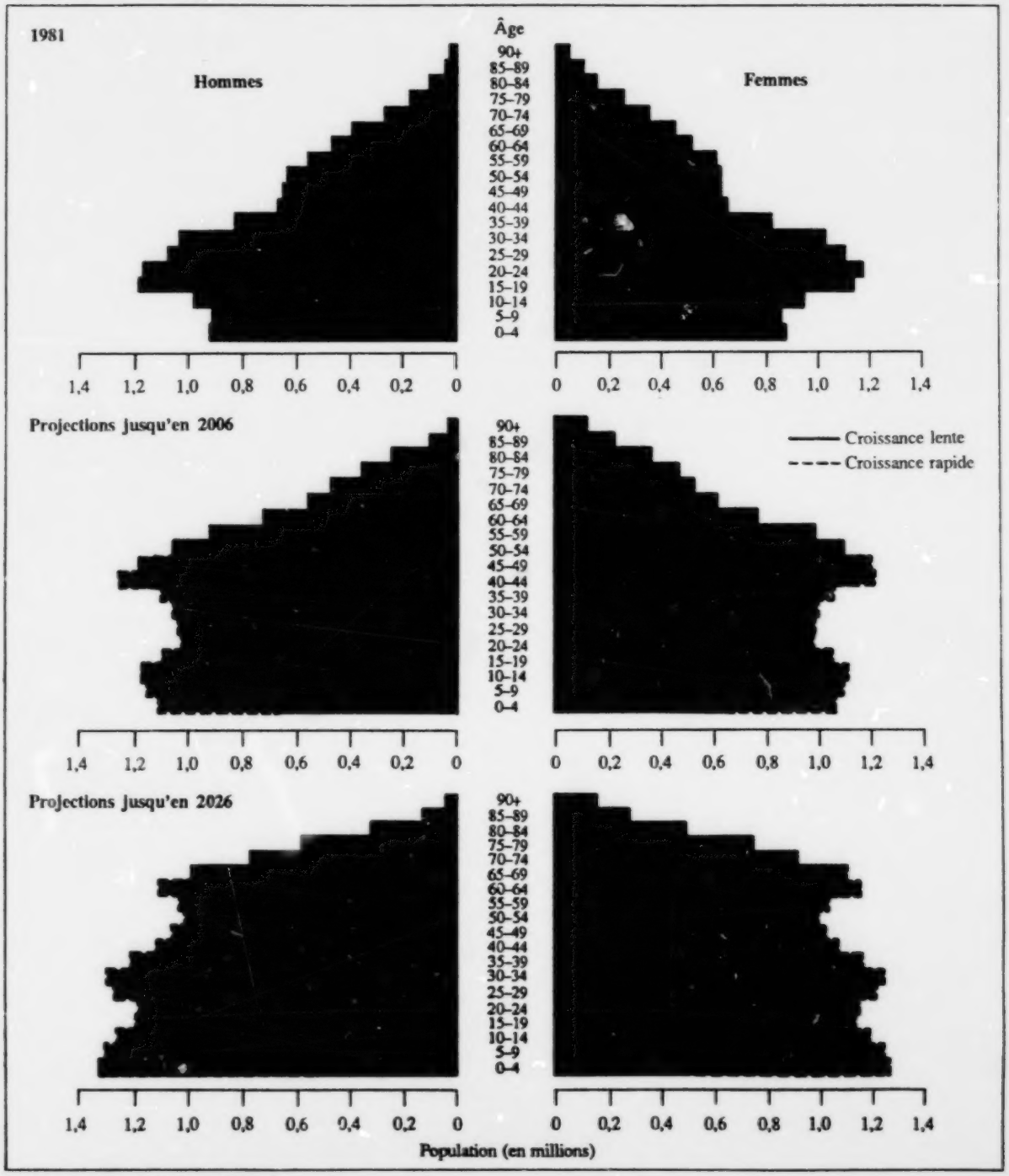
Si les taux de fécondité influent sur la taille des groupes d'âge plus jeunes – de 0 à 17 ans – ils n'ont aucun effet sur la taille du groupe des personnes plus âgées, c'est-à-dire celles qui ont 65 ans et plus. Au cours de la période de projection allant jusqu'à 2026, leur nombre dépendra uniquement de l'évolution des flux migratoires et de l'espérance de vie. La population âgée compte présentement environ 2,5 millions de personnes et elle augmentera de plus du double d'ici l'an 2026. Quel que soit le scénario de croissance démographique retenu, environ 6 millions de Canadiens auront atteint l'âge de la retraite (65 ans et plus) dans 40 ans. C'est là un phénomène que l'on considère généralement comme posant l'un des plus sérieux défis du 21e siècle. Non seulement le nombre de personnes âgées doublera-t-il, mais celles-ci vivront plus longtemps. À l'heure actuelle, le groupe des personnes ayant 75 ans et plus ne représente qu'un peu moins de 40 % de l'ensemble des personnes âgées; mais en 2026, la proportion atteindra près de 70 %.

Les taux de dépendance

Le taux de dépendance est une mesure qui permet d'illustrer le rapport changeant entre la taille des groupes plus jeunes et plus âgés. Il compare le nombre total de jeunes et de personnes âgées à la taille de la population en âge de travailler (18 à 64 ans). Il fournit donc une indication du nombre de personnes à charge pour chaque membre de la population en âge de travailler. Le taux de dépendance se situe actuellement à 57, c'est-à-dire que 100 personnes en âge de travailler ont en moyenne à leur charge 57 personnes qui sont trop jeunes ou trop âgées pour travailler.

Graphique B-6

Statistiques et projections démographiques, par sexe et groupe d'âge, Canada, 1981-2026



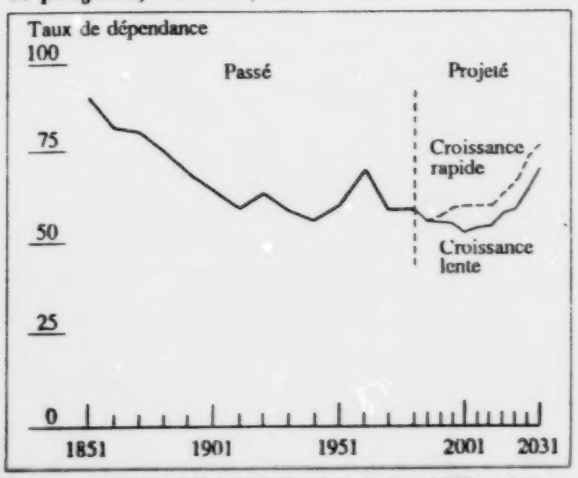
SOURCE Données de Statistique Canada.

Le taux de dépendance, qui atteignait 90 vers 1850, est tombé sous 60 durant les années 30, pour remonter durant la période de l'explosion des naissances de l'après-guerre jusqu'à atteindre 70 en 1961. Toutefois, il est de nouveau en baisse (Foot, 1982). Si la natalité et l'immigration demeurent faibles, le taux de dépendance baissera jusqu'à 50 vers l'an 2010. Mais si ces deux facteurs augmentent, le taux de dépendance se stabilisera à près de 60 pour les deux ou trois prochaines décennies. Quoi qu'il en soit, le taux de dépendance ne variera pas beaucoup jusqu'après le tournant du siècle, lorsque les enfants de la vague des naissances des années 50 et 60 formeront une nouvelle génération de retraités dans quatre ou cinq décennies (graphique B-7).

Le taux de dépendance numérique n'indique pas que la proportion des personnes âgées s'accroît alors que celle des jeunes va en diminuant. Cela ne causerait pas de problème si le niveau des dépenses publiques était le même dans les deux cas. Cependant, il semble que les dépenses publiques par tête soient de deux à trois fois plus élevées pour les personnes âgées (65 ans et plus) que pour les jeunes (0 à 17 ans). Le taux de dépendance corrigé en fonction des dépenses rend compte de cette différence. Il montre en effet que la proportion croissante de personnes âgées entraînera des dépenses publiques plus élevées. Il indique aussi que ce phénomène ne commencera à faire sentir ses effets qu'après l'année 2011 alors que, par suite du ralentissement de la croissance démographique, les dépenses par habitant seront de plus en plus élevées (graphique B-8).

Graphique B-7

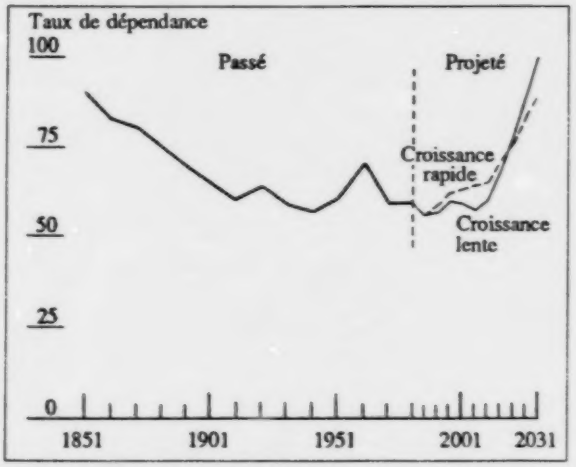
Taux de dépendance numérique passés et projetés, Canada, 1851-2031



SOURCE Données de Statistique Canada et de Foot (1982), p. 129.

Graphique B-8

Taux de dépendance passés et projetés, du point de vue des dépenses, Canada, 1851-2031



SOURCE Données de Statistique Canada et de Foot (1982), p. 129.

L'évolution économique

Le fardeau des dépenses au titre des programmes sociaux dépend non seulement de la croissance démographique et de l'évolution du taux de dépendance, mais aussi de la croissance économique. Si celle-ci est forte, elle permettra de mieux supporter les coûts des services sociaux, si elle est faible, le fardeau sera alors proportionnellement plus lourd.

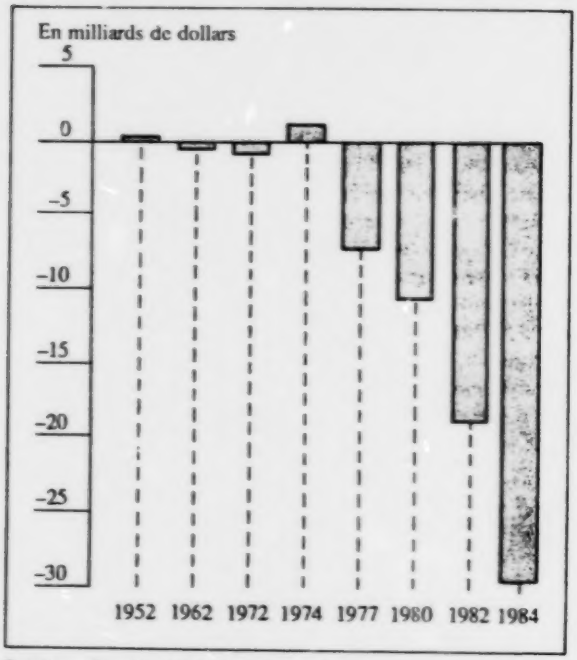
Depuis quelques décennies, les Canadiens ont réalisé d'importants gains sur les plans économique et social. Dans l'ensemble, en effet, ils sont devenus plus instruits et plus prospères et sont en meilleure santé. Mais, d'autre part, certains problèmes se sont aggravés. La productivité a diminué, le chômage a augmenté et la croissance économique a ralenti.

Le déficit des années 80

Bien que le gouvernement fédéral ait enregistré des déficits depuis plusieurs années, ceux-ci ne sont vraiment devenus un élément important du budget qu'à partir de la fin des années 70. Auparavant, les déficits alternaient avec les excédents et, parfois, les surplus étaient suffisamment importants pour compenser plusieurs années de déficits accumulés. Depuis 1975, le déficit annuel n'a cessé d'augmenter à un rythme élevé, pour atteindre près de 30 milliards de dollars en 1985 (graphique B-9). Ce phénomène s'est accompagné d'une hausse des frais d'intérêt. À

Graphique B-9

Situation budgétaire du gouvernement fédéral, Canada, certaines années, 1952-1984



SOURCE Données de Statistique Canada.

l'heure actuelle, les intérêts versés en regard des emprunts contractés pour financer les déficits budgétaires absorbent 25 % des recettes fédérales, soit la proportion la plus élevée depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale.

La taille croissante des déficits budgétaires a réduit la marge de manœuvre du gouvernement fédéral. Si rien n'est fait pour contenir cette tendance, le déficit pourrait bien atteindre un point critique où le coût du service de la dette – toujours plus considérable – entraînerait des déficits sans cesse plus élevés. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral ne dispose donc que de peu de ressources pour financer l'expansion des programmes de dépenses existants et n'a, à toute fin pratique, pas les moyens de défrayer les coûts de tout nouveau programme d'envergure.

La reprise au cours des années 90

Dans l'hypothèse d'une poursuite de la politique de restriction des dépenses publiques tant au Canada qu'aux États-Unis, du maintien des prix des produits de base à leur faible niveau actuel et d'un taux de chômage élevé, l'économie canadienne devrait progresser à un rythme de 3,5 % par année entre 1985 et 1990, alors que le taux d'inflation se maintiendra à 4 % et le taux de chômage à 9 %, et que le déficit fédéral connaîtra une légère augmentation (tableau B-1).

La vigueur et la stabilité de la croissance économique au Canada dépendront des marchés d'exportation. Un accord de libre-échange avec les États-Unis pourrait comporter des avantages substantiels et, à long terme, stimuler l'investissement et favoriser une plus grande productivité. La conjoncture économique aux États-Unis est susceptible d'influer sur ces tendances. La croissance économique au Canada pourrait également être freinée par une hausse de l'inflation et des taux d'intérêt, ainsi que par une piètre performance au chapitre des investissements. Par contre, un faible taux d'inflation, de bas taux d'intérêt et un rythme soutenu d'investissement au pays contribueraient à raffermir la croissance de l'économie canadienne.

Dépenses et services de santé

À la fin des années 60 – au terme de près d'une décennie de croissance économique vigoureuse – on a commencé à se préoccuper de la nécessité des priorités dans le domaine des dépenses publiques. À l'époque, on était conscient du fait que la croissance économique rapide gonflait les recettes fiscales sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les impôts, et que la plus grande partie de ce

Tableau B-1

Projection des principaux indicateurs économiques, Canada, 1985-1990

	Projections		
	Scénario de référence	Scénario pessimiste	Scénario optimiste
	Taux annuel moyen de variation		
PNB (en dollars de 1971)	3,5	2,8	4,1
Productivité du travail	1,8	1,5	1,9
Indice des prix à la consommation	3,9	4,6	3,5
	En pourcentage		
Taux de chômage	9,2	10,2	8,1
Dette fédérale en proportion du PNB	45,7	48,5	43,4

SOURCE Conseil économique du Canada (1985), tableau A-10, p. 140.

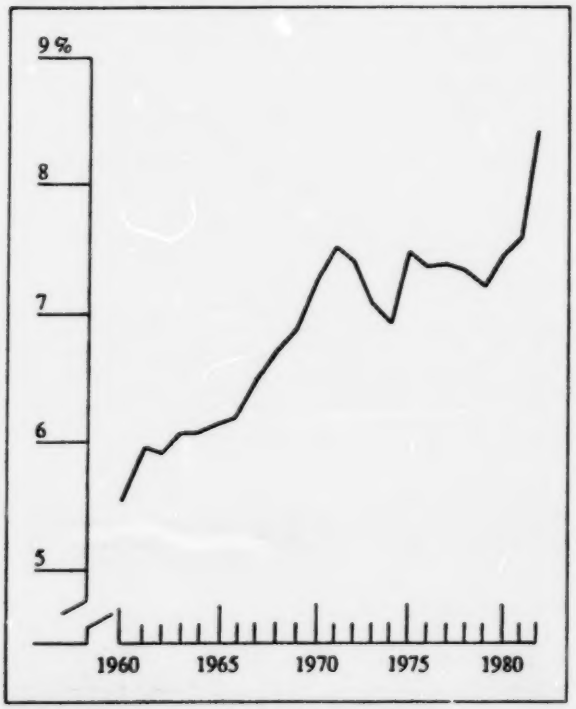
« dividende fiscal » allait être affectée aux soins de santé, à l'éducation et à l'aide sociale. C'est dans le domaine des soins de santé que l'on prévoyait la plus forte hausse des dépenses, en raison de la mise en place d'un régime universel d'assurance-santé qui allait offrir à tous les Canadiens l'accès « gratuit » aux soins médicaux. On projetait alors que les dépenses au chapitre des soins de santé progresseraient à un taux annuel moyen de 9 % entre 1967 et 1975 (Conseil économique du Canada, 1969, p. 32).

La montée des coûts

Les dépenses au titre des soins de santé ont continué à augmenter tout au long de la décennie 1970, à un rythme supérieur à 10 % la plupart des années et dépassant même 15 % certaines années. Cette augmentation est attribuable en bonne partie à l'inflation qui sévissait alors au pays. En proportion du produit national brut (PNB), les dépenses pour les soins de santé sont demeurées assez stables, se situant aux alentours de 7 à 8 % (graphique B-10).

Graphique B-10

Dépenses en soins de santé en pourcentage du PNB, Canada, 1960-1982



SOURCE Données de Santé et Bien-être social Canada.

Vers la fin des années 70, les chercheurs ont conclu qu'en raison du vieillissement de la population canadienne, les dépenses pour les soins de santé au Canada continueraient à progresser à peu près au même rythme que le PNB (Boulet et Grenier, 1978, pp. 72 et 92). Selon les projections de l'époque, le coût des soins de santé ne devait pas atteindre 8 % du PNB avant l'an 2000 (Denton et Spencer, 1983, tableaux 1 à 3). Pourtant, dès le début des années 80 – c'est-à-dire de 15 à 20 ans plus tôt que prévu – le seuil des 8 % était dépassé.

Nouvelles pressions sur les coûts

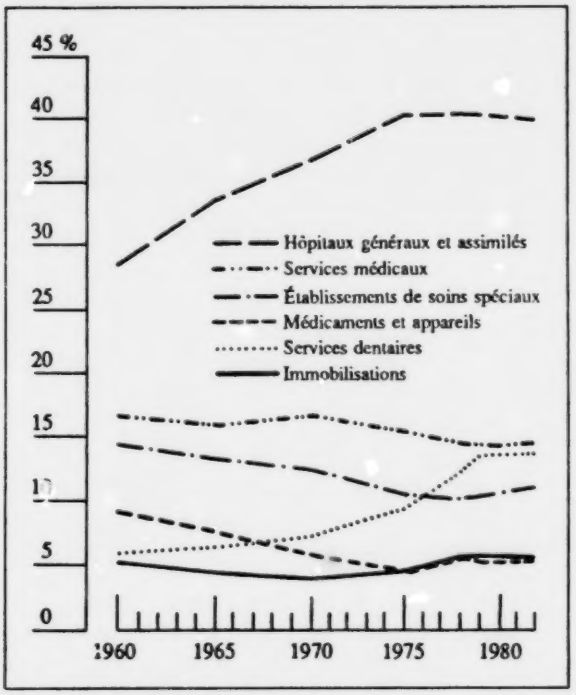
Si le vieillissement de la population avait été le seul facteur responsable de la hausse des dépenses au chapitre de la santé, les projections se seraient avérées beaucoup plus justes. Au début des années 80, le Canada, à l'instar des autres pays, a connu une sévère récession économique et les dépenses pour les soins de santé ont absorbé une plus grande part du PNB. Cependant, ni le ralentissement de la croissance économique ni le vieillissement de la population à long terme n'expliquent entièrement la tendance persistante à la hausse des dépenses pour les soins de santé. Le problème n'est pas tant que la population canadienne vieillit, mais plutôt que le système répond aux besoins des personnes âgées en mettant à leur disposition des services de plus en plus élaborés. Les dépenses pour les soins en institutions ont augmenté comparativement à celles encourues pour les soins médicaux, les médicaments et les autres services connexes (graphique B-11).

Une étude récente (Woods Gordon, 1984) contient des projections sur l'affectation des ressources dans le domaine de la santé au cours des quatre prochaines décennies selon deux ensembles d'hypothèses : le statu quo, c'est-à-dire une simple projection de la situation actuelle, et divers autres scénarios. Dans le premier cas, les besoins de ressources au titre de la santé augmentent à un taux annuel moyen de 1,4 % d'ici l'an 2021. Selon ce scénario, ce sont les institutions pour malades mentaux et les services médicaux qui connaîtront les plus faibles augmentations, tandis que les soins à long terme et les soins à domicile devraient enregistrer les hausses les plus fortes (tableau B-2).

Dans les autres scénarios, les projections indiquent que certaines économies sont possibles, notamment si l'on cherche autant que possible à éviter de placer les personnes âgées en institution (hôpitaux, établissements de soins à long terme et institutions pour malades mentaux), à dispenser de préférence des soins à domicile, à abaisser le taux d'utilisation (en séjour) des institutions pour malades mentaux au niveau déjà atteint en Saskatchewan

Graphique B-11

Principales catégories de dépenses dans le domaine de la santé en pourcentage du total, Canada, 1960-1982



SOURCE Données de Santé et Bien-être social Canada.

en 1981, à réduire d'une journée en moyenne la durée d'hospitalisation des patients plus jeunes, et à permettre au personnel infirmier de dispenser certains traitements et soins médicaux de premier niveau en réponse à la demande croissante pour les services des professionnels de la santé. Parmi ces options, les économies les plus importantes proviendraient, selon les prévisions, de la baisse de la proportion des patients placés en institution. Les calculs montrent que les économies qui pourraient être réalisées à ce titre seraient de l'ordre de 15,9 milliards de dollars en l'an 2021 – ce qui réduirait le coût annuel d'exploitation des établissements de santé de 13,7 à 7,8 milliards de dollars, une baisse de quelque 40 %.

À en juger par les projections passées et par la montée des coûts au cours des dernières années toutefois, les dépenses au chapitre de la santé ont progressé plus rapidement que ne le justifiaient la croissance démographique et les taux d'utilisation des divers groupes d'âge.

Variations interprovinciales

Le premier objectif du régime d'assurance-santé financé par l'État est de rendre les services de santé accessibles à tous les Canadiens, quels que soient leurs revenus ou la province qu'ils habitent. Dès l'établissement des premiers éléments du régime à la fin des années 50 et au début des années 60, les citoyens des 10 provinces ont eu droit aux mêmes soins hospitaliers de base spécifiés dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation. On s'entendait alors sur la nécessité d'avoir une norme nationale. Par la suite, la notion de norme nationale a évolué pour éventuellement

Tableau B-2

Projection de la situation actuelle en ce qui a trait aux principaux établissements de soins de santé au Canada, 1981-2021

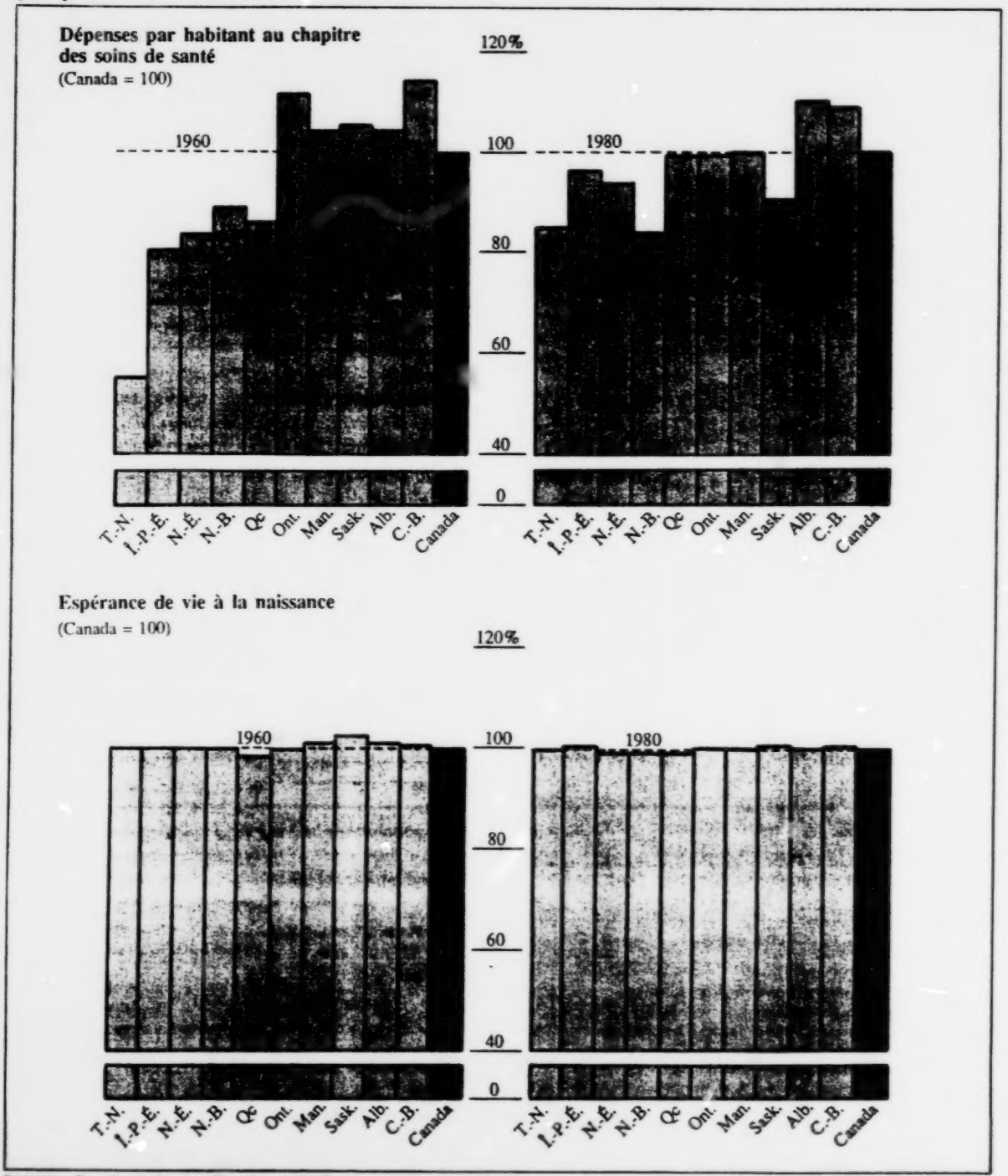
	Augmentation annuelle moyenne de l'utilisation (en pourcentage)	Augmentation des coûts de fonctionnement en 2021	Augmentation des coûts d'immobilisations (cumulatif)
		En millions de dollars	
Hôpitaux généraux et assimilés (patients hospitalisés)	1,61	7 100	17 700
Établissements de soins à long terme	1,98	4 300	12 400
Établissements pour malades mentaux (patients hospitalisés)	1,31	380	360
Services médicaux	0,93	1 900	–
Services de soins à domicile (infirmières itinérantes)	1,97	43	–
Total annuel moyen	1,40	13 723	30 460

NOTE Tel qu'il est indiqué dans le texte, les projections de la situation actuelle sont fondées sur l'hypothèse d'une croissance démographique moyenne, accompagnée de changements dans la structure démographique selon l'âge et le sexe; les soins de santé continuent toutefois d'être dispensés selon les mêmes méthodes.

SOURCE Woods Gordon (1984).

Graphique B-12

Dépenses au chapitre des soins de santé et espérance de vie à la naissance, par province, Canada, 1960 et 1980



SOURCE Données de Santé et Bien-être social Canada et de Statistique Canada.

Tableau B-3

Certaines catégories de dépenses de santé en pourcentage du total, par province, Canada, 1981 (données préliminaires)

En pourcentage

	Catégories de dépenses				
	Hôpitaux généraux et assimilés	Établissements de soins spéciaux	Services médicaux	Médicaments et autres	Total
Canada	40	14	14	33	100
Terre-Neuve	42	13	10	35	100
Île-du-Prince-Édouard	29	18	12	41	100
Nouvelle-Écosse	41	13	13	33	100
Nouveau-Brunswick	39	18	10	33	100
Québec	49	14	13	24	100
Ontario	37	15	17	31	100
Manitoba	37	18	12	33	100
Saskatchewan	38	15	13	34	100
Alberta	36	11	14	39	100
Colombie-Britannique	36	9	17	38	100

SOURCE Santé et Bien-être social Canada (1984).

signifier le respect de certains principes de base, comme l'universalité du régime et la nécessité d'offrir une gamme complète de services.

Bien que cette ligne de pensée fasse ressortir clairement que le régime d'assurance-santé en vigueur au Canada n'exige pas nécessairement des services uniformes d'un bout à l'autre du pays, les transferts fédéraux aux provinces ont été calculés pendant plusieurs années en fonction d'une allocation uniforme par habitant. Les ententes conclues vers la fin des années 70 au sujet du financement des programmes établis ont poussé plus loin cette logique, notamment lorsque le gouvernement fédéral a décidé non seulement de transférer aux provinces des points d'impôt – ce qui permettait une plus grande souplesse en regard des priorités de chacune au chapitre des dépenses – mais de fournir également un montant additionnel en espèces par habitant, afin de viser à une plus grande uniformité des services entre les provinces.

Les dépenses par habitant au chapitre de la santé ont traditionnellement été inférieures à la moyenne nationale au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, et supérieures à la moyenne en Ontario et dans les provinces de l'Ouest. Depuis l'entrée en vigueur du régime d'assurance financé à même les deniers publics, l'écart entre les diverses provinces dans les montants consacrés aux soins de santé s'est refermé. Ainsi, en 1960, les dépenses par habitant à Terre-Neuve représentaient 57 % de la moyenne nationale, alors que le rapport était de 114 % en Colombie-Britannique – une différence de plus de 50 points de pourcentage. En 1980, l'écart avait été ramené à environ 20 points de pourcentage (graphique B-12).

Néanmoins, les variations dans le cas de certaines catégories de dépenses demeurent élevées. En 1981, par exemple, la part des dépenses de fonctionnement des hôpitaux dans l'ensemble des dépenses au titre de la santé variait de 29 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 49 % au Québec. La part des dépenses totales affectée aux établissements de soins spéciaux variait entre 9 % en Colombie-Britannique et 18 % à l'Île-du-Prince-Édouard (tableau B-3).

À l'heure actuelle, les dépenses par habitant au chapitre de la santé varient de plus de 20 % entre les diverses provinces, mais l'espérance de vie – l'un des indicateurs les plus fréquemment employés pour mesurer l'état de santé et la production découlant de ressources affectées aux soins de santé – ne varie que de 2 %. Il n'y a donc aucune corrélation évidente entre les dépenses consacrées à la santé et l'espérance de vie dans les diverses provinces (graphique B-12).

Notes

CHAPITRE 2

1 Calculs fondés sur des données provenant de Santé et Bien-être social Canada, *Dépenses nationales sur la santé, 1970-1982*, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Ottawa, SBSC, 1984; et de l'Organisation de coopération et de développement économiques, *Perspectives économiques*, n° 36, Paris, OCDE, décembre 1984, tableau R11.

2 Association internationale de la sécurité sociale, *Problems of Social Security under Economic Recession and Inflation*, Genève, 1978; et Roger A. Beattie, « Le déséquilibre financier induit par l'évolution de l'emploi et du chômage », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 35, n° 2, 1982. Entre temps, à cause de l'augmentation régulière du nombre de personnes âgées, tous les pays ont dû consacrer une plus grande part de leurs ressources aux dépenses de sécurité sociale. Max Horlick, *Social Security in Europe: The Impact of an Aging Population*, préparé pour le Special Committee on Aging, U.S. Senate, Washington, U.S. Government Printing Office, 1981; et Jean-Jacques Rosa (ed.), *The World Crisis in Social Security*, Paris, Éditions Bonnel, 1982.

3 Calculs fondés sur des données tirées de l'ouvrage de Jean-Pierre Poullier, *Measuring Health Care, 1960-1983*, Paris, OCDE, 1985, tableaux A-1 et H-3.

4 Calculs fondés sur des données provenant de l'ouvrage publié sous la direction de F. H. Leacy, *Statistiques historiques du Canada*, Ottawa, Statistique Canada, deuxième édition, 1983, séries B513 et F75.

5 L'évolution comparative des modes de financement des hôpitaux en Europe, en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada est décrite dans l'ouvrage de W. A. Glaser, *Paying the Hospital* (à paraître).

6 Les dépenses par habitant pour tous les services de santé en Grande-Bretagne ne représentent que la moitié du niveau enregistré au Canada, malgré le fait que la population de la Grande-Bretagne est proportionnellement plus vieille. Par rapport au PIB, la Grande-Bretagne – dont le PIB par habitant est de beaucoup inférieur à celui du Canada – dépense environ 28 % de moins. Poullier, *Measuring Health Care*, tableaux 1 et 2.

7 Calculs fondés sur des données tirées de l'ouvrage de Poullier, *Measuring Health Care*, tableau D-1(B); ainsi que d'autres sources pour chacun des pays.

8 Population Reference Bureau, « World population data sheet », Washington, 1985.

9 Décrit dans trois ouvrages par W. A. Glaser, *Paying the Doctor*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1970, chapitre 6; *Health Insurance Bargaining*, New York, Gardner Press et John Wiley, 1978; et « Lessons from Germany », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 8, n° 2, été 1983, pp. 359-360.

10 L'augmentation annuelle moyenne des dépenses pour les services professionnels dans l'ensemble du Canada a été comme suit : 8,5 % en 1960-1965; 12,8 % en 1965-1970; 18,0 % en 1970-1971; et 10,8 % en 1971-1972. Voir Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1960-1973*, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Ottawa, SBSC, 1975, p. 4.

11 Robert G. Evans, *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 1984, pp. 302-304.

12 Il faut comparer les politiques du Canada et celles des autres pays développés en se référant à l'ouvrage d'Alfonso Mejia et coll., *Les migrations internationales de médecins et d'infirmières – Analyse des phénomènes et recherche des indications politiques* (version abrégée), Genève, Organisation mondiale de la santé, 1979.

13 Eva Ryten, « A review of trends in the number of places available for the study of medicine in Canada », Association des facultés de médecine du Canada, Ottawa, 1985.

14 Glaser, *Paying the Hospital*, chapitre 9; et Daniel LeTouzé, « Hospital bed planning in Canada », *International Journal of Health Services*, vol. 14, n° 1, 1984, pp. 113-119. On peut trouver un excellent résumé sur la répartition des ressources dans Gwyn Bevan et coll., *Health Care Priorities and Management*, Londres, Croom Helm, 1980.

15 W. A. Glaser, « Long-term care: American problems and foreign solutions », dans *Continuing Care: International Prototypes for America's Aged*, publ. n° 99-523, Select Committee on Aging, U.S. House of Representatives, audience du 15 juillet 1985, Washington, U.S. Government Printing Office, 1985, pp. 189-215.

16 Lorsque plusieurs provinces canadiennes ont inclus dans leur régime les soins dispensés dans les maisons de repos, l'utilisation et les coûts ont augmenté sensiblement. Mais après quelques années, le contrôle rigoureux de l'admissibilité aux services offerts par ces établissements et leur remplacement par des services de soins à domicile ont amené une stabilisation du niveau d'utilisation des maisons de repos et des coûts à ce chapitre. Peu de pays ont développé simultanément les soins à domicile et les maisons de repos. Rosalie A. Kane et Robert L. Kane, « The feasibility of universal long-term care benefits: Ideas from Canada », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, n° 21, 1985, pp. 1357-1364.

17 Morris L. Barer et coll., *Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario, 1979; et Robin F. Badgley et R. David Smith, *User Charges for Health Services*, Toronto, Conseil de la santé de l'Ontario, 1979.

18 Walter N. Leutz et coll., *Changing Health Care for an Aging Society: Planning for the Social/Health Maintenance Organization*, Lexington (Mass.), Lexington Books, D.C. Heath & Co., 1985.

19 Bon nombre de propositions pour changer le système canadien sont résumées par Greg L. Stoddart, « Rationalizing the health care system » dans T. J. Courchene, D. W. Conklin et G. C. A. Cook (ed.), *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario, 1985, pp. 3-39.

20 Voir, par exemple, R. Launois et coll., « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) – Propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue française des affaires sociales*, vol. 39, n° 1, janvier-mars 1985, pp. 37-62; Gabriella Pedroni et Peter Zweifel, *Die « Health Maintenance Organization » – Die Alternative im Gesundheitswesen*, Bâle, Pharma Information, 1981; F. T. Schut et W.P.M.M. van de Ven, « Health Maintenance Organizations: Een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg », *Economische Statistische Berichten*, le 6 novembre 1985, pp. 1111-1117.

21 Harold S. Luft, « Trends in medical care costs », *Medical Care*, vol. 18, n° 1, janvier 1980, pp. 1-16; et Joseph P. Newhouse et coll., « Are fee-for-service costs increasing faster than HMO costs? », *Medical Care*, vol. 23, n° 8, août 1985, pp. 960-966. Les nombreuses hypothèses au sujet des coûts inférieurs et de la plus grande efficience proviennent de Harold S. Luft, *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, New York, John Wiley, 1981.

22 Cet élément ressort dans l'ouvrage de Lawrence D. Brown, *Politics and Health Care Organization: HMO's as Federal Policy*, Washington, The Brookings Institution, 1983.

23 Denis J. Roch, Robert G. Evans et David W. Pascoe, *Manitoba and Medicare: 1971 to the Present*, Winnipeg, Ministère de la Santé du Manitoba, 1985.

Chapitre 3

1 Les données utilisées dans les modèles de régression ont été tirées des dossiers de réclamations des patients qui contiennent tous les renseignements sur les consultations médicales, les séjours à l'hôpital et dans des maisons de repos, ainsi que les décès survenus entre juillet 1972 et juin 1978.

2 Ce chiffre sous-estime sensiblement le nombre de personnes très âgées que comptait le Manitoba en 1974, en raison de toutes les exclusions auxquelles on a dû procéder afin de rendre les trois groupes comparables. Ainsi, ont été exclues des données du tableau 3-11 les personnes dont le médecin avait une clientèle réduite, celles dont les périodes d'hospitalisation comprennent un séjour dans un établissement de soins prolongés, celles qui sont décédées en 1974, et ainsi de suite. Cependant, diverses méthodes ont été appliquées pour tenter de réduire le nombre de personnes exclues et les taux d'utilisation observés pour les trois groupes sont demeurés sensiblement les mêmes.

3 Une analyse multivariée a montré que le fait d'être médecin dans une région rurale ou le fait de pratiquer la médecine dans une région richement dotée en lits d'hôpitaux étaient les deux principaux facteurs liés à la propension d'un médecin à hospitaliser ses malades.

Chapitre 4

1 National Center for Health Statistics, Illness and Disability Branch, Division of Health Interview Statistics, données non publiées remontant jusqu'à 1978 de l'Enquête nationale sur la santé citée dans la publication (OHDS) 81.20704 du U.S. Department of Health and Human Services.

2 Statistique Canada, Section de la statistique des établissements, Division de la santé, octobre 1984.

3 Il n'est pas évident que les économistes ou toute autre catégorie d'experts « professionnels » (dont les médecins) disposent d'un avantage sur les citoyens ou contribuables ordinaires au moment de déterminer la part des ressources à réserver aux personnes âgées. On ne devrait pas non plus traiter les professionnels comme s'ils possédaient un tel avantage (bien qu'on le fasse souvent), parce qu'il s'agit là de décisions normatives qui reposent sur des jugements de valeur et non pas sur des faits concrets.

4 Qu'il suffise de dire qu'on semble justifié de contester la validité d'au moins certaines de ces comparaisons internationales. C'est ainsi que, pour autant qu'on puisse le déterminer, le chiffre de 5,3 % cité pour les États-Unis exclut toutes les hospitalisations et ne comprend que les personnes âgées de 65 ans et plus dans des maisons de soins spécialisés et de soins intermédiaires, c'est-à-dire les établissements habituellement regroupés sous le vocable « maison de soins ». Voir, par exemple, P. Doty, K. Liu et J. Wiener, « An overview of long-term care », *Health Care Financing Review*, vol. 6, 1985, pp. 69-78.

5 Ces chiffres sont obtenus de la manière suivante : 3,8 milliards de dollars =185 $ X 20,4 millions de jours de patients « déshospitalisés »; et 2,3 milliards = 45 $ X 51,0 millions de jours d'hébergement de patients retirés des centres de soins de longue durée.

6 Ce calcul suppose que le coût de la visite est de 17,95 $, soit le montant établi en 1980/1981 pour le programme ontarien de soins à domicile, les visites aux patients étant prévues aux termes d'un contrat avec l'Ordre de Victoria. Voir Woods Gordon Management Consultants, *Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada*, document préparé pour le Groupe de travail sur la répartition des ressources en soins de santé, Toronto, 1984, p. 66.

7 Le chiffre de 40 $ par jour a été obtenu en extrapolant pour 1981, à raison de 6 % par année, les coûts de 50 $ par jour pour les soins palliatifs en 1985, suivant des données transmises à titre personnel par le personnel du programme de soins à domicile de Saskatoon.

8 Chiffre obtenu en ajoutant un coefficient pour inflation au coût de 161 $ pour le premier mois de soins dans le cadre du programme du Manitoba en 1978/1979, suivant l'étude de Santé et Bien-être social Canada, *Étude conjointe des gouvernements manitobain et canadien sur les soins à domicile*, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Ottawa, SBSC, 1982.

9 Chiffre obtenu en ajoutant un coefficient pour inflation au coût moyen de 84 $ par mois de soins dans le cadre du programme du Manitoba en 1978/1979.

10 Si le coût moyen de 67,50 $ par jour est appliqué au chiffre de 20,4 millions de jours d'hospitalisation, le coût global s'établit à 1,38 milliard de dollars. Lorsqu'on soustrait ce montant des économies de 1,53 milliard au titre des soins de longue durée (qui proviennent du retrait de 51 millions de jours d'hospitalisation à raison de 30 $ par jour), l'économie nette se chiffre à 150 millions de dollars.

11 Obtenu à l'aide de données tirées de Statistique Canada, *La morbidité hospitalière, 1979-81*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1984.

12 Les auteurs d'une étude antérieure estiment que le taux d'hospitalisation des personnes âgées de moins de 65 ans diminuerait de 19 % si les tendances des durées de séjour et des taux d'admission au cours de la période 1972-1975 se prolongeaient jusqu'en 1985 et se maintenaient au-delà de cette date. Les auteurs considèrent ce chiffre comme un indicateur « probable » de la demande future, mais n'ont formulé aucune hypothèse explicite quant aux possibilités de réduire les séjours en hôpital grâce à la chirurgie de jour et à d'autres techniques de ce genre. Voir L. A. Lefebvre, Z. Zsigmond et M. S. Devereaux, Ottawa, Statistique Canada, 1979.

13 Bien que nous l'ayons considéré plus haut comme étant trop élevé, ce taux quotidien est sans doute trop bas pour les patients dont il est ici question. Les données pour le Manitoba indiquent que les soins intensifs et les services relativement avancés, et, partant, les séjours coûteux d'une durée inférieure à 60 jours, représentent une proportion de 75 à 80 % du taux d'hospitalisation des personnes âgées de moins de 65 ans.

14 Cette projection des dépenses est fondée sur le chiffre de départ de 3,5 milliards pour 1980/1981 (Santé et Bien-être social Canada, s.d.) et un coefficient de 1,45 pour la croissance démographique et le vieillissement, suivant l'étude de Woods Gordon, *Investigation of the Impact of Demographic Change*.

CHAPITRE 5

1 Une version anglaise de *Objectif – Santé* sera bientôt disponible sur le marché canadien grâce à l'Association canadienne des hôpitaux qui va procéder à son édition et à sa distribution.

2 Carol Buck, données non publiées.

CHAPITRE 7

1 Il est possible en théorie que toutes les maladies dégénératives puissent à terme être évitées et que les gens en viennent à « tomber mort ». Rien ne vient à l'appui de cette hypothèse intéressante et nous ne l'envisagerons pas ici.

2 R. W. Evans, « The heart transplant dilemma », *Issues in Science and Technology* (en cours d'impression).

3 R. W. Evans, « The heart transplant dilemma ».

4 R. W. Evans, « The heart transplant dilemma » et « Coverage and reimbursement for heart transplantation », *International Journal of Technology Assessment in Health Care* (en cours d'impression).

5 R. W. Evans, D. L. Manninen, L. P. Garrison, Jr., et coll., « Donor availability as the primary determinant of the future of heart transplantation », *Journal of the American Medical Association* (en cours d'impression).

CHAPITRE 8

1 Cette démarche est exposée plus longuement dans M. A. Somerville, « Pain and suffering at interfaces of medicine and law », *University of Toronto Law Journal*, hiver 1986, (à paraître).

2 M. A. Somerville, « Legal and ethical dilemmas in modern medicine: Signs and symbols of our collective conscious and unconscious », document inédit présenté à la rencontre annuelle de l'Église-Unie, Iroquois, Ontario, 1984.

CHAPITRE 9

1 *L'actualité médicale*, le 12 mars 1986, p. 28.

2 Jonathan A. Showstack, Mary Hughes Stone et Steven A. Schroeder, *The New England Journal of Medicine*, le 7 novembre 1985, pp. 1201-1207.

Liste des tableaux, des figures et des graphiques

Tableaux

3-1	Incidence de l'invalidité chez les personnes âgées qui ne vivent pas dans des institutions, Royaume-Uni, 1981	34
3-2	Coût en dépenses publiques de la prestation de divers services pour les personnes âgées très dépendantes, Royaume-Uni, 1981-1982	43
3-3	Croissance du nombre de personnes âgées, Canada, 1980-2025	49
3-4	Probabilité d'avoir une maladie particulière chez les personnes ayant un degré d'incapacité donné, selon l'âge, États-Unis, 1982	50
3-5	Projections du nombre de personnes âgées qui ont une incapacité et qui vivent au sein de la collectivité ou dans des maisons de repos, et du nombre d'heures-personnes de soins non institutionnalisés, selon l'âge États-Unis, 2000 et 2040	52
3-6	Projections du nombre de personnes âgées qui ont une incapacité et qui vivent au sein de la collectivité ou dans des maisons de repos, et du nombre d'heures-personnes de soins non institutionnalisés, selon l'âge, corrigées pour tenir compte d'une diminution de l'incapacité, États-Unis, 2000 et 2040	54
3-7	Répartition des séjours à l'hôpital au cours d'une période de deux ans, par groupe d'âge, selon le genre d'hôpital et la durée du séjour, Manitoba 1974-1976	59
3-8	Utilisation des services hospitaliers au cours des quatre années qui précèdent le décès et dans un groupe ne comptant aucune personne décédée, selon l'âge, Manitoba	60
3-9	Utilisation des services hospitaliers au cours d'une période de deux ans, selon le nombre de lits disponibles dans la région de résidence, Manitoba, 1972-1974	60
3-10	Utilisation des services hospitaliers, selon le classement du médecin principal dans un indice de propension à hospitaliser en fonction de la composition de la clientèle, Manitoba, 1972-1974	61
3-11	Comparaison de l'utilisation des services hospitaliers selon l'âge, la propension des médecins à hospitaliser et le nombre de lits d'hôpitaux, Manitoba, 1972-1974	61
4-1	Économies engendrées par la déshospitalisation, par rapport aux projections, fondées sur le maintien de la situation actuelle, des dépenses annuelles d'exploitation des hôpitaux, des centres de soins de longue durée et des soins à domicile, 2021	86
4-2	Économies engendrées dans six scénarios, par rapport aux projections, fondées sur le maintien de la situation actuelle, des dépenses annuelles d'exploitation en 2021	89
5-1	Impact des principales maladies sur l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) des Québécois, 1980	94
5-2	Domaines prioritaires et niveaux de financement du secteur de la santé, États-Unis, 1984	106
5-3	Organismes de santé fédéraux offrant des programmes de prévention de la maladie, États-Unis, 1984	107

5-4 Réduction des taux de mortalité : un objectif pour l'amélioration de l'état de santé 111
5-5 Réduction des disparités dans le risque de décès, par niveau de revenu : autre objectif pour l'amélioration de l'état de santé 111
5-6 Réduction du tabagisme : un objectif pour la réduction de la prévalence des grands facteurs de risque 112
5-7 Réduction de l'hypertension : un autre objectif pour la réduction de la prévalence des grands facteurs de risque 112
7-1 Auto-évaluation de la diminution de l'activité selon l'âge, population civile hors établissement, États-Unis, 1981 138
7-2 Diminution de l'activité chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, 1981 139
7-3 Capacité de fonctionnement des personnes vivant dans des établissements de soins, selon l'âge, 1977 139
7-4 Dépenses réelles et prévues au titre des soins de santé aux États-Unis, 1982-1986 141
7-5 Nombre et répartition des bénéficiaires d'un régime d'assurance-maladie, selon la source 142
7-6 Ventilation des dépenses relatives à la santé engagées par les employeurs, 1984 142
7-7 Résumé des résultats fondés sur des mesures subjectives de la qualité de vie des patients soumis à une greffe du cœur, à une greffe de rein ou à des dialyses rénales 144
7-8 Perception de l'état de santé des patients qui ont subi une greffe de rein ou du cœur ou qui sont soumis à des dialyses rénales, comparativement à la population âgée et à l'ensemble de la population des États-Unis 145
7-9 Nombre de jours auxquels les patients soumis à des dialyses ou ayant subi une greffe sont prêts à renoncer au cours d'une année pour pouvoir guérir, selon l'âge, l'état de santé et divers indicateurs subjectifs de la qualité de vie 146
7-10 Exemples de coûts de traitements « acceptés » 148
9-1 Population du Québec, 1981-2001 184
A-1 Incidence de divers facteurs sur la croissance des coûts de fonctionnement des hôpitaux, par province, Canada, 1961 à 1979/1980 201
B-1 Projection des principaux indicateurs économiques, Canada, 1985-1990 215
B-2 Projection de la situation actuelle en ce qui a trait aux principaux établissements de soins de santé au Canada, 1981-2021 217
B-3 Certaines catégories de dépenses de santé en pourcentage du total, par province, Canada, 1981 (données préliminaires) 219

Figures

4-1 Gamme des services de soins intensifs et de soins prolongés à l'intention des personnes âgées 69
5-1 Exemple de plan d'action en vue d'un objectif spécifique de santé – soit le contrôle du tabagisme 107
5-2 Incidences des objectifs de santé sur les politiques publiques 108
5-3 Modèle de la santé du grand public 109

5-4 Modèle de la santé du public en vue d'un objectif spécifique de santé – soit la réduction du danger de cancer du poumon 110
5-5 Responsabilités de l'État en rapport avec la protection et la promotion de la santé 113
5-6 Obstacles à la réalisation d'un objectif spécifique de santé – soit la réduction du danger de cancer du poumon 114
8-1 Projet de modèle décisionnel pour résoudre le dilemme posé par le rationnement des ressources médicales 166

Graphiques

3-1 Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité et d'incapacité pour les femmes, États-Unis, 1980 46
3-2 Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité, d'incapacité et d'utilisation des soins de longue durée pour les femmes, États-Unis, 1980 48
5-1 Gains en espérance de vie des hommes et des femmes âgés de 65 ans, Québec, 1930-1980 91
5-2 Variation des décès à la baisse, par cause principale et selon le sexe, Québec, 1971 à 1980 95
5-3 Cancer du poumon : taux standardisés et variation de la mortalité chez les hommes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980 96
5-4 Cirrhose du foie : taux standardisés et variation de la mortalité chez les hommes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980 97
5-5 Variation des principales causes de décès à la hausse, selon le sexe, Québec, 1971-1980 98
5-6 Comparaison des taux de suicide au Québec et au Canada, 1981 99
5-7 Indice de surmortalité masculine dans certains groupes d'âge, Québec, 1930-1932 à 1979-1981 100
5-8 Cancer du poumon : taux standardisés et variation de la mortalité chez les femmes, Québec, 1950-1952 à 1979-1980 101
9-1 Personnes âgées de 65 ans et plus 185
9-2 Population générale 186
9-3 Nombre médian de jours d'hospitalisation 187
9-4 Gains en espérance de vie des hommes et des femmes âgés de 65 ans et plus, Québec, 1930-1980 187
9-5 Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé des hommes et des femmes à la naissance, Québec, 1980 188
A-1 Sources de la hausse des coûts hospitaliers, par habitant, Canada, 1943-1980 200
A-2 Indices d'hospitalisation pour diverses causes (pour 100 000 habitants), Canada, 1969-1975 202
A-3 Nombre de césariennes pratiquées pour 100 accouchements en milieux hospitaliers, par province, Canada, 1969-1980 203
B-1 Dépenses en soins de santé en proportion du PIB, certains pays, 1960 et 1982 208
B-2 Dépenses publiques au chapitre de la santé en proportion du PIB, certains pays, 1960 et 1982 209
B-3 Croissance des dépenses publiques au chapitre de la santé, certains pays, 1960-1975 et 1975-1981 210

B-4	Espérance de vie à la naissance, certains pays, 1920-2000	211
B-5	Statistiques et projections démographiques, Canada, 1946-2031	212
B-6	Statistiques et projections démographiques, par sexe et groupe d'âge, Canada, 1981-2026	213
B-7	Taux de dépendance numérique passés et projetés, Canada, 1851-2031	214
B-8	Taux de dépendance passés et projetés du point de vue des dépenses, Canada, 1851-2031	214
B-9	Situation budgétaire du gouvernement fédéral, Canada, certaines années, 1952-1984	215
B-10	Dépenses en soins de santé en pourcentage du PNB, Canada, 1960-1982	216
B-11	Principales catégories de dépenses dans le domaine de la santé en pourcentage du total, Canada, 1960-1982	217
B-12	Dépenses au chapitre des soins de santé et espérance de vie à la naissance, par province, Canada, 1960 et 1980	218

Programme du Colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé

Winnipeg (Manitoba)
Les 5 et 6 mai 1986

Le lundi 5 mai

Mot d'ouverture

Judith Maxwell
Présidente
Conseil économique du Canada
Ottawa

Perspectives internationales

Président

Ake Blomqvist
Professeur
Département d'économique
Université Western Ontario
London

Conférencier

William A. Glaser
Professeur
Graduate School of Management and Urban Professions
New School for Social Research
New York

Commentateurs

Robert L. Kane
Doyen
School of Public Health
Université du Minnesota
Minneapolis

Betty Havens
Gérontologue
Conseil manitobain sur le vieillissement
Winnipeg

Offre et demande de services de santé

Président

Morris L. Barer
Directeur-adjoint
Division des services de santé
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver

Conférencier

Alan Walker
Professeur
Département de sociologie
Université de Sheffield
Sheffield (Royaume-Uni)

Commentateurs

Kenneth G. Manton
Professeur
Centres d'études démographiques
Université Duke
Durham (Caroline du Nord)

Noralou P. Roos
Professeure
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

Les diverses façons de prodiguer les soins de santé

Président

Evelyn Shapiro
Professeure
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

Conférencier

Duncan Robertson
Expert-conseil en gériatrie et en médecine interne
Société d'hospitalisation Juan de Fuca
Victoria

Commentateurs

Greg L. Stoddart
Professeur
Département d'épidémiologie clinique et biostatistique
Université McMaster
Hamilton

John M. Horne
Professeur
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

Le progrès des soins préventifs

Président

Victor Marshall
Professeur
Département des sciences behavioristes
Université de Toronto
Toronto

Conférencière

Madeleine Blanchet
Présidente
Conseil des affaires sociales et de la famille
Sillery

Commentateurs

Donald T. Wigle
Chef
Bureau de l'épidémiologie
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa

Carol Buck
Professeure
Département d'épidémiologie et de biostatistique
Université Western Ontario
London

Dîner

Orateur

Monique Jérôme-Forget
Vice-recteure
Relations institutionnelles et finances
Université Concordia
Montréal

Le mardi 6 mai

Les progrès de la technologie médicale

Président

Anthony J. Culyer
Professeur
Département d'économique
Université Trent
Peterborough

Conférencier

H. David Banta
Expert-conseil
Organisation mondiale de la santé
Conseil de la santé des Pays-Bas
La Haye

Commentateurs

Roger W. Evans
Chercheur
Health and Population Study Center
Battelle Human Affairs Research Centre
Seattle

Raisa B. Deber
Professeure
Département d'administration des services de santé
Université de Toronto
Toronto

Limites financières et bioéthique

Président

Pran Manga
Professeur
Faculté d'administration
Université d'Ottawa
Ottawa

Participants

Le révérend Jack Gallagher
Professeur
Centre de bioéthique Cardinal Carter
Collège universitaire St. Michael's
Toronto

Margaret A. Somerville
Professeure
Facultés de droit et de médecine
Université McGill
Montréal

Sœur N. Kenny
Professeure et directrice
Département de pédiatrie
Université Queen's
Kingston

Le programme canadien de soins de santé dans l'avenir

Président

Vickery Stoughton
Président
Hôpital général de Toronto
Toronto

Conférencier

Claude E. Forget
Associé
Secor, Inc.
Montréal

Commentateurs

Jacques Brunet
Directeur général
Centre hospitalier de l'Université Laval
Ste-Foy (Québec)

Fraser Mustard
Président
The Canadian Institute for Advanced Research
Toronto

Allocution de clôture

Judith Maxwell
Présidente
Conseil économique du Canada
Ottawa

Liste des partiticipants et participantes

ORVILL ADAMS
Association médicale canadienne
Ottawa

OWEN ADAMS
Division de la santé
Statistique Canada
Ottawa

ANNE ATKINSON
Ottawa

LUDWIG AUER
Conseil économique du Canada
Ottawa

A. G. AYERS
Saskatoon

H. DAVID BANTA
Organisation mondiale de la santé
Conseil de la santé des Pays-Bas
La Haye

MORRIS L. BARER
Division des services de santé
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver

RONALD BAYNE
St. Peter's Centre
Hamilton

LISA BERGER
Département de médecine communautaire
Université du Manitoba
Winnipeg

NORMAN BLACKIE
Association canadienne de gérontologie
Winnipeg

MADELEINE BLANCHET
Conseil des affaires sociales et de la famille
Sillery (Québec)

AKE BLOMQVIST
Département d'économique
Université Western Ontario
London

JACK A. BOAN
Département d'économique
Université de Regina
Regina

WALTER BOHONIS
Division du nursing
Hôpital général Misericordia
Winnipeg

MALCOLM BROWN
Département d'économique
Université de Calgary
Calgary

JACQUES BRUNET
Centre hospitalier de l'Université Laval
Ste-Foy (Québec)

CAROL BUCK
Département d'épidémiologie et de biostatistique
Université Western Ontario
London

FRANÇOIS CAMIRAND
Évaluation et planification
Ministère de la santé et des services sociaux
Québec

BARBARA CAMPBELL
Conseil économique du Canada
Ottawa

EDWARD CARMICHAEL
Institut de recherche C. D. Howe
Toronto

JEAN-YVES CHOUINARD
Département d'administration et d'économique
Unversité du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières

PIERRE CLOUTIER
Association des centres d'accueil du Québec
Montréal

PETER CORNELL
Conseil économique du Canada
Ottawa

ANTHONY J. CULYER
Département d'économique
Université Trent
Peterborough

RAISA B. DEBER
Département d'administration des services de santé
Université de Toronto
Toronto

SYLVIE DILLARD
Commission d'enquête sur la santé et
services sociaux du Québec
Ste-Foy (Québec)

ROBERT DOUGLAS
Conseil économique du Canada
Ottawa

PIERRE J. DURAND
Centre hospitalier de l'Université Laval
Québec

ROGER W. EVANS
Health and Population Study Center
Battelle Human Affairs Research Center
Seattle

G. G. FERGUSON
New Brunswick Extramural Hospital
Fredericton

CLAUDE E. FORGET
Secor, Inc.
Montréal

ROY A. FOX
Camp Hill Hospital
Halifax

SUSAN E. FRENCH
Faculté des sciences de la santé
Université McMaster
Hamilton

JOAN FRIESEN
Association des consommateurs du Canada
Winnipeg

LE RÉVÉREND JACK GALLAGHER
Centre de bioéthique Cardinal Carter
Collège universitaire St. Michael's
Toronto

JOAN GILCHRIST
Université Western Ontario
London

WILLIAM A. GLASER
Graduate School of Management and Urban Professions
New School for Social Research
New York

HELEN P. GLASS
Winnipeg

YHETTA GOLD
Conseil consultatif national sur le vieillissement
Winnipeg

GISÈLE GRATON
Association des directeurs-généraux de santé
et des services sociaux du Québec
Montréal

YVES GUÉRARD
Groupe Sobeco Inc.
Montréal
Membre du Conseil économique du Canada

BERT HANMER
Comité de l'économie du vieillissement
Ottawa

SIGNY HANSEN
Promotion de la santé
Ministère de la santé et du bien-être social
Winnipeg

BRUCE W. HARBER
Hôpital de soins de réadaptation et respiratoires
Winnipeg

BETTY HAVENS
Conseil manitobain sur le vieillissement
Winnipeg

LISE HÉBERT
Outremont (Québec)

KEVIN HOGAN
Santé communautaire
St. John's

JOHN M. HORNE
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

TERRANCE HUNSLEY
Conseil canadien de développement social
Ottawa

ROBERT JENNESS
Conseil économique du Canada
Ottawa

MONIQUE JÉRÔME-FORGET
Relations institutionnelles et finances
Université Concordia
Montréal

ROBERT L. KANE
School of Public Health
Université du Minnesota
Minneapolis

KALMEN KAPLANSKY
Ottawa
Membre du Conseil économique du Canada

SŒUR NUALA KENNY
Département de pédiatrie
Université Queen's
Kingston

WILLIAM A. KILPATRICK
Hôpital de Moncton
Moncton

MILES F. KILSHAW
Société hospitalière du Grand Victoria
Victoria

DENISE LABERGE-BEÏQUE
CLSC Metro
Montréal

LÉOPOLD LAROUCHE
Conseiller en gestion des ressources humaines
Montréal

JACK LEE
Association canadienne de la santé publique
Ottawa

JACQUES LÉGARÉ
Université de Montréal
Montréal

D. LETOUZÉ
Association des hôpitaux du Canada
Ottawa

JONATHAN LOMAS
Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique
Université McMaster
Hamilton

PRAN MANGA
Faculté d'administration
Université d'Ottawa
Ottawa

N. MANHERZ
Association ontarienne des foyers de personnes âgées
Woodbridge (Ontario)

KENNETH G. MANTON
Centre d'études démographiques
Université Duke
Durham (Caroline du Nord)

VICTOR W. MARSHALL
Département des sciences behavioristes
Université de Toronto
Toronto

JEAN-CLAUDE MARTIN
Association des hôpitaux du Canada
Ottawa

JUDITH MAXWELL
Conseil économique du Canada
Ottawa

ALAIN MESSIER
Santé communautaire
Bedford (Québec)

ANN MOHIDE
Faculté de nursing
Université McMaster
Hamilton

K. G. MOORE
Ministère des hôpitaux et des soins médicaux
Edmonton

CLAIRE MORRIS
Ministère des soins de santé et des services communautaires
Fredericton

FRASER MUSTARD
Institut canadien de recherches avancées
Toronto

L. T. MYGGLAND
Hôpital de High River
High River (Alberta)

ROGER PEDNEAULT
Association des centres d'accueil du Québec
Montréal

DOROTHY PRINGLE
Infirmières de l'Ordre de Victoria
Toronto

JIM REDFORD
Politiques, planification et législation
Ministère de la santé
Victoria

JUDY REMPEL
Département de sociologie
Université du Manitoba
Winnipeg

SHARON RICHARDSON
Ocean View Manor
Eastern Passage (Nouvelle-Écosse)

DUNCAN ROBERTSON
Société d'hospitalisation Juan de Fuca
Victoria

DENIS ROCH
Ministère de la santé
Winnipeg

FRANCIS ROLLESTON
Conseil de recherche médicale
Ottawa

LESLIE L. ROOS, JR.
Facultés d'administration et de médecine
Université du Manitoba
Winnipeg

NORALOU P. ROOS
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

COPE W. SCHWENGER
Faculté de médecine
Université de Toronto
Toronto

EVELYN SHAPIRO
Département de médecine sociale et préventive
Université du Manitoba
Winnipeg

THELMA SHARP-COOK
Département d'études sociales et d'éducation
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver

MARGARET A. SOMERVILLE
Facultés de droit et de médecine
Université McGill
Montréal

H. SOUTHALL
Association médicale canadienne
Ottawa

GREG L. STODDART
Département d'épidémiologie clinique et biostatistique
Université McMaster
Hamilton

W. V. STOUGHTON
Hôpital général de Toronto
Toronto

CELSO A. TEIXEIRA
Santé communautaire
Saskatchewan Hospital Services Plan
Regina

BILL THOLL
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa

SUSAN A. THOMPSON
The Birt Saddlery Co. (1980) Ltd.
Winnipeg

K. THOMSON
Programmes de soins prolongés
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg

ANN VAUGHAN
Centre du vieillissement
Université du Manitoba
Winnipeg

ALAN WALKER
Département de sociologie
Université de Sheffield
Sheffield (Royaume-Uni)

BLOSSOM WIGDOR
Faculté de médecine
Université de Toronto
Toronto

DONALD T. WIGLE
Bureau de l'épidémiologie
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa

RUSSELL WILKINS
Hôpital général de Montréal
Montréal

SUSAN WILLIAMS
Direction des politiques, de la planification
et de l'information
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa

JAMES WOLSTENHOLME
Recherche et gestion
Ministère de la santé
Regina

ANNE WRIGHT
Association des hôpitaux du Canada
Ottawa

ROBERT E. YOUTZ
Programmes de santé communautaire
Ministère ontarien de la santé
Toronto

Bibliographie

AARON, H. J. et W. B. SCHWARTZ (1984), *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*, Washington (D.C.), The Brookings Institution.

ABEL-SMITH, B. (1985), « Who is the odd man out?: The experience of Western Europe in containing the costs of health care », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 63, pp. 1-17.

ABRAMS, P. (1978*a*), *Work, Urbanism and Inequality*, Londres, Weidenfeld and Nicholson.

_____ (1978*b*), « Community care: Some research problems and priorities », dans Barnes et Connelly, ed., *Social Care Research*, pp. 78-99.

ALTMAN, S. et R. BLENDON, ed. (1979), « Medical technology: The culprit behind health care costs? », U.S. Department of Health, Education and Welfare, publ. n° (PHS) 79-3216, National Center for Health Services Research and Bureau of Health Planning, Hyattsville (Maryland).

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, Health and Public Policy Committee (1984), « Long-term care of the elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 100, pp. 760-763.

ANDERSEN, R. (1968), « A behavioral model of families' use of health services: HSA Studies », Research Series, n° 25, University of Chicago, Chicago.

ANDERSON, M. (1971), *Family Structure in Nineteenth-Century Lancashire*, Cambridge (R.-U.), Cambridge University Press.

ANGELL, M. (1985), « Cost containment and the physician », *Journal of the American Medical Association*, vol. 254, pp. 1203-1207.

ANGUS, D. E. (1984), « Future health care costs in Canada », notes pour une allocution prononcée au « John Deutsch Memorial Policy Forum on Medicare in an Age of Restraint », Queen's University, Kingston (Ont.), le 7 mars.

_____ (1985), « Health care costs: Past, present, and (can we forecast?) the future », Université d'Ottawa, Faculté d'administration, Ottawa.

ANSHEN, R. N. (1974), « World perspectives: What this series means », prologue à l'ouvrage de E. Fromm, *The Art of Loving*, New York, Harper & Row.

Application of Operations Research Technology to Health Services Issues, London, Pergamon (à paraître).

ASHLEY, M. J. (1984), dans Smart et Glaser, ed., *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, pp. 99-147.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, Comité d'étude sur le coût des services sanitaires (1969), *Report*, Ottawa, AMC.

_____, Task Force on the Periodic Health Examination (1979), « The periodic health examination », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 121, pp. 3-45.

_____, Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé (1984), *Health: A Need for Redirection*, Ottawa, AMC.

BADER, J. E. (1985), « Respite care: Temporary relief for caregivers », *Women and Health*, vol. 10, pp. 39-52.

BADOU, G. (1985), *L'état de santé – Notre santé aux mains des politiques*, Paris, Buchet/Chastel.

BAIRD, D. (1974), « The epidemiology of low birth weight: Changes in incidence in Aberdeen, 1945-1972 », *Journal of Biological Science*, vol. 6.

BANTA, H. D., ed. (1982), *Resources for Health: Technology Assessment for Policy Making*, New York, Praeger.

BANTA, H. D., C. J. BEHNEY et J. S. WILLEMS (1981), *Toward Rational Technology in Medicine: Considerations for Health Policy*, New York, Springer.

BANTA, H. D. et K. B. KEMP (1982), *The Management of Health Care Technology in Nine Countries*, New York, Springer.

BARKER, W. T. F., J. G. ZIMMER, C. VANBUREN et coll. (1985), « Geriatric consultation teams in acute hospitals: Impact on backup of elderly patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 33, pp. 422-428.

BARNES, J. et N. CONNELLY, ed. (1978), *Social Care Research*, Londres, Bedford Square.

BAYLEY, M. (1982), « Helping care to happen in the community », dans Walker, ed., *Community Care*, pp. 179-196.

BAZZOLI, G. J. (1985), « Health care for the indigent: Literature review and research agenda for the future »,

AHA Council Report, Chicago, American Hospital Association.

BELL, D. (1976), *The Coming of Post-Industrial Society*, New York, Basic Books.

BESDINE, R. W. (1984), « Functional assessment in the elderly: Relationships between function and diagnosis », communication présentée au cinquième symposium annuel sur la santé des personnes âgées, School of Medecine, University of Maryland, Baltimore, le 9 octobre.

BEVERIDGE, W. (1942), *Social Insurance and Allied Services*, Cmnd 6404, Londres, His Majesty's Stationery Office.

BIRD, R. M. et R. FRASER (1981), *Commentaries on the Hall Report*, Toronto, Ontario Economic Council.

BLACK, D. (1984), *An Anthology of False Antitheses*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

BLANCHET, M., F. CAMIRAND, S. DILLARD et coll. (1983), « La santé des Québécois – Priorités d'hier et d'aujourd'hui », *Carrefour des affaires sociales*, vol. 5, pp. 19-24.

BLENDON, R. J. et D. E. ALTMAN (1984), « Public attitudes about health-care costs: A lesson in national schizophrenia », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, pp. 613-616.

BLOCK, J. (1985), « Utilization of informal networks within a universal home care program: Care planning for elderly patients in a Canadian hospital », communication présentée au treizième congrès international de gérontologie, New York, juillet.

BLOOM, B. (1982), « Current estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1981 », *Vital and Health Statistics*, série 10, n° 141, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 83-1569, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

BLUMENTHAL, D., M. SCHLESINGER, P. B. DRUMHELLER et coll. (1986), « The future of Medicare », *New England Journal of Medicine*, vol. 314, pp. 722-728.

BOAN, J. A., ed. (1984), *Proceedings of the Second Canadian Conference on Health Economics*, Regina (Sask.), University of Saskatchewan.

BOULET, J.-A. et G. GRENIER (1978), « Health expenditures in Canada and the impact of demographic changes on future government health insurance program expenditures », Document n° 123, Conseil économique du Canada, Ottawa.

BOULET, J.-A. et D. HENDERSON (1979), « Distributional and redistributional aspects of government health insurance programs in Canada », Document n° 146, Conseil économique du Canada, Ottawa.

BOURGEOIS-PICHAT, J. (1952), *Population*, vol. 7.

_____ (1978), « Perspectives d'avenir de la baisse de la mortalité dans le monde », *Bulletin démographique des Nations Unies*, n° 11.

BRAINARD, R. et J. MADDEN (1985), *Science and Technology Policy Outlook: 1985*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

BRITISH GERIATRICS SOCIETY (1982), « Health in old age: The contributions of geriatric medicine », Assemblée mondiale sur le vieillissement, Vienne.

BROCKLEHURST, J. C., J. T. LEEMING, M. H. CARTY et J. M. ROBINSON (1978), « Medical screening of old people accepted for residential care », *Lancet*, vol. 2, pp. 141-142.

BRODY, E. M. (1981), « 'Women in the middle' and family help to older people », *Gerontologist*, vol. 21, pp. 471-480.

BRODY, J. A. (1982), « Life expectancy and the health of older persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 30, pp. 638-681.

_____ (1985), « Prospects for an aging population », *Nature*, vol. 315.

BROOK, R. H., J. E. WARE, Jr., W. H. ROGERS et coll. (1983), « Does free medical care improve adults' health? », *New England Journal of Medicine*, vol. 309, pp. 1426-1434.

BUCK, C. et H. SIMPSON (1982), « Infant diarrhoea and subsequent mortality from heart disease and cancer », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 36, pp. 27-30.

BUSH, J. W. (1980), lettre au docteur H. D. Banta, datée du 11 mars, résumant les données présentées lors d'une rencontre d'experts.

BUXTON, M. J. (1985), « Problems in economic appraisal of new health technology: The case of heart transplants », communication présentée lors d'un atelier de la CEE sur les méthodes d'évaluation économique des techniques dans le domaine de la santé, Birmingham (R.-U.), du 23 au 26 septembre.

BYINGTON, R. et coll. (1979), « Recent trends of major coronary risk factors and coronary heart disease mortality in the United States and other industrialized countries », dans *Proceedings of the Conference on the Decline in the Coronary Heart Disease Mortality* », chapitre 17.

CALABRESI, G. et P. BOBBITT (1978), *Tragic Choices*, New York, W. W. Norton.

CAMIRAND, F. (1983), *Les coûts de la maladie*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec.

CAMPBELL, A., P. E. CONVERSE et W. L. RODGERS (1976), *The Quality of American Life*, New York, Russell Sage Foundation.

CAMPION, E. W., A. BANG et M. I. MAY (1983), « Why acute-care hospitals must undertake long-term care », *New England Journal of Medicine*, vol. 308, pp. 71-75.

CANADA (1981), *La santé des Canadiens – Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

CAPITAL REGIONAL HOSPITAL DISTRICT, Hospital and Health Planning Commission (1985), *Long term care patients in acute care beds: Implication of action*, Victoria (C.-B.).

CHAPMAN, S. (1985), « Stop-smoking clinics: A case for their abandonment », *Lancet*, vol. 1, pp. 918-920.

CHAPPELL, N. L., L. A. STRAIN et A. A. BLANDFORD (1986), *Aging and Health Care: A Social Perspective*, Toronto, Holt, Rinehart and Winston.

COLLINS, A. H. et D. L. PANCOAST (1976), *Natural Helping Networks*, Washington (D.C.), National Association of Social Workers.

COLVEZ, A. et M. BLANCHET (1981), « Disability trends in the United States population, 1966-1976: Analysis of reported causes », *American Journal of Public Health*, vol. 71, pp. 464-471.

COLVEZ, A. et M. BLANCHET (1983), « Potential gains in life expectancy free of disability: A tool for health planning », *International Journal of Epidemiology*, vol. 12, pp. 224-229.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (1983), *Perspectives nouvelles sur le vieillissement au Canada*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

CONSEIL DE SANTÉ DU DISTRICT WELLINGTON-DUFFERIN (1984), « Health needs and resources study », Guelph (Ont.).

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1984), *Objectif – Santé*, Québec.

CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1969), *Perspectives 1975*, Sixième Exposé annuel, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

_____ (1982), *Le financement de la Confédération – D'aujourd'hui à demain*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

_____ (1985), *Affermir la croissance – Choix et contraintes*, Vingt-deuxième Exposé annuel, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1985), *Poverty Profile, 1985*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

COURCHENE, T. J., D. W. CONKLIN et G. C. A. COOK, ed. (1985), *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario.

CRAWSHAW, R., M. J. GARLAND, B. HINES et C. LOBITZ (1985), « Oregon health decisions: An experiment with informed community consent », *Journal of the American Medical Association*, vol. 254, pp. 3213-3216.

CULYER, A. J. et B. HORISBERGER, ed. (1982), *Economic and Medical Evaluation of Health Care Technologies*, New York, Springer.

DAFOE, G. H. (1986), « A proposal to establish health objectives and strategies for Canada », *Journal de l'Association canadienne d'hygiène publique*, vol. 76.

DAVIS, K. et D. ROWLAND (1986), *Medicare Policy: New Directions for Health and Long-Term Care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

DAY, P. et R. KLEIN (1985), « Towards a new health care system », *British Medical Journal*, vol. 291.

DEBER, R. B., « The determinants of treatment decision making in end stage renal disease: Implications for the ability to generalize from case studies », *Medical Decision Making* (à paraître).

DEBER, R. B. et E. VAYDA (1985), « Implementing policy change under universal health insurance in Canada: The Ontario example », dans Knox, ed., *Investigative Methods*.

DE KERVASDOUE, J. (1984), « La crise conduira à de nouvelles formes de solidarité », *L'assurance maladie a cent ans, 1883-1983*, Montréal, Les Éditions Administration et Santé, pp. 145-161.

DELARGY, J. (1957), « Six weeks in: Six weeks out », *Lancet*, pp. 418-419.

DENTON, F. T., A. GAFNI, B. G. SPENCER et G. L. STODDART (1982), « Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system », Research Report, n° 45, McMaster University, Faculty of Social Sciences, Program for Quantitative Studies, Hamilton (Ont.).

DENTON, F. T. et B. G. SPENCER (1975), « Health-care costs when the population changes », *Revue canadienne d'économique*, vol. 8, pp. 34-48.

DENTON, F. T. et B. G. SPENCER (1983), « Population aging and future health costs in Canada », *Analyse de politiques*, vol. 9, pp. 155-163.

DILLARD, S. (1983), *Durée ou qualité de la vie ?*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec.

_____ (1985), *Le point sur les habitudes de vie – L'approche écologique*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec.

DOEGE, T. C. (1986), « The neglected disease: An update », *Journal of the American Medical Association*, vol. 255.

DOTY, P., K. LIU et J. WIENER (1985), « An overview of long-term care », *Health Care Financing Review*, vol. 6, pp. 69-78.

DOUBILET, P., M. C. WEINSTEIN et B. J. MCNEIL (1986), « Use and misuse of the term 'cost-effective' in medicine », *New England Journal of Medicine*, vol. 314, pp. 253-256.

DUNN, R., L. MACBEATH et D. ROBERTSON (1983), « Respite admissions and the disabled elder », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 31, pp. 613-615.

EDERER, F. et coll. (1971), « Cancer among men on cholesterol-lowering diets », *Lancet*, vol. 2, pp. 204-206.

EISDORFOR, C., ed. (1986), *Reshaping Health Care for the Elderly: Recommendations for National Policy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

ENTHOVEN, A. C. (1978), « Consumer choice health plan », parties 1 et 2, *New England Journal of Medicine*, vol. 298, pp. 650-658 et pp. 709-720.

_____ (1980), *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Reading (Mass.), Addison-Wesley.

_____ (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

ERMISCH, J. (1983), *The Political Economy of Demographic Change*, Londres, Heinemann.

ESTES, C L., R. J. NEWCOMER AND ASSOCIATES (1985), *Fiscal Austerity and Aging: Shifting Government Responsibility for the Elderly*, Beverly Hills (Calif.), Sage Library of Social Research.

EUROSTAT (1984), *Statistiques démographiques*, Bruxelles, Bureau de la statistique des Communautés européennes.

EVANS, R. G. (1983*a*), « Health care in Canada: Patterns of funding and regulation », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 8, pp. 1-43.

_____ (1983*b*), « We have seen the future, and they is us: Health care and the greying of Canada », document n° 84-02, University of British Columbia, Department of Economics, Vancouver.

_____ (1984), *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths.

_____ (1985), « The political economy of health care », document n° 85-24, University of British Columbia, Department of Economics, Vancouver.

EVANS, R. W. (1983), « Health care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions », parties 1 et 2, *Journal of the American Medical Association*, vol. 249, pp. 2047-2053 et 2208-2219.

_____ (1985), « The socioeconomics of organ transplantation », *Transplant Proceedings*, vol. 17, n° 6, supplément n° 4, pp. 129-136.

_____, « Coverage and reimbursement for heart transplantation », *International Journal of Technology, Assessment in Health Care* (à paraître).

_____, « The heart transplant dilemma », *Issues in Science and Technology* (à paraître).

EVANS, R. W., D. L. MANNINEN, L. P. GARRISON, Jr. et coll. (1985), « The quality of life of end-stage renal disease patients », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, pp. 553-559.

EVANS, R. W., D. L. MANNINEN, L. P. GARRISON, Jr. et A. MAIER, « Donor availability as the primary determinant of the future of heart transplantation », *Journal of the American Medical Association* (à paraître).

EVANS, R. W., D. L. MANNINEN, A. MAIER et coll. (1985), « The quality of life of kidney and heart transplant recipients », *Transplant Proceedings*, vol. 17, pp. 1579-1582.

EVANS, R. W., D. L. MANNINEN, T. D. OVERCAST et coll. (1984), *The National Heart Transplantation Study: Final Report*, Seattle, Battelle Human Affairs Research Centers.

EVERSLEY, D. (1982), « The demography of retirement: Prospects to the year 2030 », dans Fogarty, ed., *Retirement Policy*.

FINCH, J. et D. GROVES, ed. (1983), *A Labour of Love*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

FISHER, R. H., G. W. NADON, P. DAWSON et C. CURRIE-MILLS (1981), « A geriatric day hospital: The Sunnybrook experience », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 125, pp. 447-450.

FISHER, R. H. et M. L. ZORZITTO (1983), « Placement problem: Diagnosis, disease or term of denigration? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 129, pp. 331-333.

FLEMING, S. T., E. J. KOBRINSKI et M. J. LONG (1985), « A multidimensional analysis of the impact of high cost hospitalization », *Inquiry*, vol. 22, pp. 178-187.

FLOYD, J. (1985), « In search of financing for a long-term care plan », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 11, pp. 14-16.

FOGARTY, M., ed. (1982), *Retirement Policy: The Next Fifty Years*, Londres, Heinemann.

FOOT, D. K. (1982), *Canada's Population Outlook: Demographic Futures and Economic Challenges*, Institut canadien de politique économique, Toronto, Lorimer.

FORSDAHL, A. (1977), « Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? », *British Journal of Preventive and Social Medicine*, vol. 31, pp. 91-95.

FRANCIS, S. (1986), « U.S. industrial outlook 1986: Health and medical services », *Medical Benefits*, vol. 3, n° 4, pp. 6-7.

FREEDMAN, S. A. (1985), « Megacorporate health care: A choice for the future », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, pp. 579-582.

FRIEDMAN, E. (1985), « The coming era of hard choices: An interview with Governor Richard Lamm of Colorado », *Hospitals*, vol. 59, n° 8, pp. 96-100.

FRIES, J. F. (1980), « Aging, natural death and the compression of morbidity », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, pp. 130-135.

_____ (1984), « The compression of morbidity », dans Robinson et coll., ed., *Aging and Technological Advances*.

FUCHS, V. R. (1974), *Who Shall Live?*, New York, Basic Books.

_____ (1985), « The rationing of medical care », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, pp. 1332-1333.

ALBRAITH, J. K. (1977), *New Industrial State*, New York, New American Library.

GARBARINO, J. (1983), « Social support networks: Rx for the helping professions », dans Whittaker et Garbarino, ed., *Social Support Networks*, pp. 3-28.

GARBER, A. M., V. R. FUCHS et J. F. SILVERMAN (1984), « Case mix, costs and outcomes: Differences between faculty and community services in a university hospital », *New England Journal of Medicine*, vol. 310, pp. 1231-1237.

GARNICK, D. W. et T. SHORT (1985), *Utilization of Hospital Inpatient Services by Elderly Americans*, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 85-3351, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

GARRITY, T. F., G. W. SOMES et M. B. MARX (1978), « Factors influencing self-assessment of health », *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 77-81.

GIBBINS, F. J., M. LEE, P. R. DAVIDSON et coll. (1982), « Augmented home nursing as an alternative to hospital care for chronic elderly invalids », *British Medical Journal*, vol. 284, pp. 330-333.

GILBERT, J. R., W. FELDMAN, L. S. SIEGEL et coll. (1984), « How many well-baby visits are necessary in the first two years of life? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 130, pp. 857-861.

GILLICK, M. R., N. A. SERRELL et L. S. GILLICK (1982), « Adverse consequences of hospitalization in the elderly », *Social Science and Medicine*, vol. 16, pp. 1033-1038.

GOLDBERG, E. M. et N. CONNELLY, ed. (1981), *Evaluative Research in Social Care*, Londres, Heinemann.

GOLDBERG, E. M. et S. HATCH, ed. (1981), *A New Look at the Personal Social Services*, Londres, Policy Studies Institute.

GRAHAM, H. (1983), « Caring: A labour of love », dans Finch et Groves, ed., *A Labour of Love*, pp. 13-30.

GREENE, S. B. (1984), « Utilization variations in North Carolina », *Health Affairs*, vol. 3, n° 4, pp. 149-151.

GRIFFITHS, R. A. et L. Z. COSIN (1976), « The floating-bed », *Lancet*, vol. 1, pp. 684-685.

GROSS, M. J. et C. W. SCHWENGER (1981), *Health Care Cost for the Elderly in Ontario, 1976-2026*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario.

GUILLEMARD, A. M., ed. (1983), *Old Age and the Welfare State*, Londres, Sage.

HAKIM, C. (1982), « The social consequences of high unemployment », *Journal of Social Policy*, vol. 11, pp. 433-468.

HARDY, A. M., K. RAUCH, D. ECHENBERG et coll. (1986), « The economic impact of the first 10,000 cases of acquired immunodeficiency syndrome in the the United States », *Journal of the American Medical Association*, vol. 255, pp. 209-211.

HARRINGTON, C. et R. J. NEWCOMER (1985), « Social/health maintenance organizations: New policy options for the aged, blind, and disabled », *Journal of Public Health Policy*, vol. 6, pp. 204-222.

HATCH, S. (1980), *Outside the State*, Londres, Croom Helm.

HAUG, M. R. (1985), « Home care for the ill: elderly: Who benefits? », *American Journal of Public Health*, vol. 75, pp. 127-128.

HAVENS, B. (1986), « Boundary crossing: An organizational challenge for community based long-term care service agencies », dans Pelham et Clark, ed., *Managing Home Care*, pp. 77-98.

HAYNES, S. G. et M. FEINLEIB, ed. (1980), *Epidemiology of Aging*, National Institutes of Health, publ. n° 80-969, Bethesda (Maryland), NIH.

HERTZMAN, C. et M. HAYES (1985), « Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? », *Journal de l'Association canadienne d'hygiène*, vol. 76, pp. 373-377.

HESSE, K. A., E. W. CAMPION et N. CARAMOUZ (1984), « Attitudinal stumbling blocks to geriatric rehabilitation », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 32, pp. 747-750.

HICKS, B., H. RAISZ, H. SEGAL et coll. (1981), « The triage experiment in coordinated care for the elderly », *American Journal of Public Health*, vol. 71, pp. 991-1003.

HIRSCHMAN, A. O. (1970), *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

HOBLER, K. E. et P. A. HOWLETTE (1985), « Surgery in the very elderly », *Quality Review Bulletin*, vol. 11, pp. 339-341.

HOCHSTEIN, A. (1984), « A cost comparison in the treatment of long stay patients », *Analyse de politiques*, vol. 10, pp. 177-184.

HODKINSON, H. M. (1975), *An Outline of Geriatrics*, Londres, Academic Press.

HOKENSTAD, M. C. (1985), « Coordinating health and social services for the elderly in developed nations », *Aging International*, vol. 12, n° 3, pp. 11-15.

HUNT, A. (1978), *The Elderly at Home*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

HUNT, T. E. et R. D. CRICHTON (1977), « One-third of a million days of care at home, 1959 to 1975 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 116, pp. 1351-1355.

INSTITUTE OF MEDICINE (1985*a*), *Assessing Medical Technologies*, Washington (D.C.), National Academy Press.

_____ (1985*b*), *Health in an Older Society*, Washington (D.C.), National Academy Press.

ISAACS, B., M. LIVINGSTONE et Y. NEVILLE (1972), *Survival of the Unfittest*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

JENNETT, B. (1984), *High Technology Medicine: Benefits and Burdens*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

JOHNSON, M. et D. CHALLIS (1983), « The realities and potential of community care », dans U.K. Department of Health and Social Services, *Elderly People in the Community*, pp. 93-117.

JONES, H. B. (1956), « A special consideration of the ageing process, disease and life expectancy », *Advances in Biological and Medical Physics*, vol. 4, pp. 281-337.

JONSSON, B. et B. LINDGREN (1980), « Five common fallacies in estimating the economic gains of early discharge », *Social Science and Medicine*, vol. 14C, pp. 27-33.

JONSSON, E. et P. M. JONSSON (1982), « Economic evaluation of CT scanning of the head: A review », dans Culyer et Horisberger, ed., *Economic and Medical Evaluation*, pp. 288-295.

JUDGE, K. (1982), « The growth and decline of social expenditure », dans Walker, ed., *Public Expenditure and Social Policy*, pp. 27-48.

KAHN, K. L., C. P. ROTH, A. FINK et coll. (1985), *A Review of the Literature on Gastrointestinal Endoscopy for Diagnosis: Findings, Complications, Costs, Efficacy, Utilization Rates, and Indications*, Santa Monica (Calif.), Rand Corporation.

KANE, R. L. et R. A. KANE (1985*a*), *A Will and a Way: What the United States Can Learn from Canada about Caring for the Elderly*, New York, Columbia University Press.

KANE, R. L. et R. A KANE (1985*b*), « The feasibility of universal long-term care benefits: Ideas from Canada », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, n° 21, pp. 1357-1364.

KANE, R. L., J. WALES, L. BERNSTEIN et coll. (1984), « A randomized controlled trial of hospice care », *Lancet*, vol. 1, pp. 890-894.

KASPER, J. A., D. C. WALDEN et G. R. WILENSKY (1980), « Who are the uninsured? », NMCES Data Preview Series, n° 1, National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment, Rockville (Maryland).

KEELER, E. B., R. H. BROOK, G. A. GOLDBERG et coll. (1985), « How free care reduced hypertension in the health insurance experiment », *Journal of the American Medical Association*, vol. 254, pp. 1926-1931.

KERMACK, W. O. et coll. (1934), « Death-rates in Great Britain and Sweden: Some general regularities and their significance », *Lancet*, pp. 698-703.

KING, K., D. REESE et S. ZACHARY (1985), « Medicaid coverage and payment policies for organ transplants », George Washington University, Intergovernmental Health Policy Project, Washington (D.C.).

KLEIN, R. (1983), *The Politics of the National Health Service*, Londres et New York, Longman.

_____ (1984), « Rationing health care », *British Medical Journal*, vol. 289, pp. 143-144.

KNOWLES, J., ed. (1977), *Doing Better and Feeling Worse*, New York, W. W. Norton.

KNOX, G., ed., (1985), *Investigative Methods in Public Health*, vol. 3 de W. Holland, ed., *Oxford Textbook of Public Health*, Toronto, Oxford University Press.

KOIZUMI, A. (1982), « Toward a healthy life in the 21st century », dans *Population Aging in Japan*.

KURODA, T. (1982), « Aging of the population in Japan: Prospects and challenges » dans *Population Aging in Japan*.

_____ (1984), « Comment », IUSSP-NIRA Seminar on Biological and Social Correlates of Mortality, Tokyo (Japon).

LAGERGREN, N., L. LUNDEN, M. ORKAN et C. SANNE (1984), *Time to Care: A Report Prepared for the Swedish Secretariat for Future Studies*, Oxford, Pergamon.

LAKATTA, E. G. (1983), « Health, disease and cardiovascular aging », communication présentée au comité sur le vieillissement, la société, la santé et la maladie, National Academy of Sciences, Institute of Medecine, Washington (D.C.), du 18 au 20 juillet.

LAND, H. (1978), « Who cares for the family? », *Journal of Social Policy*, vol. 7, pp. 357-384.

LASLETT, P. (1971), *The World We Have Lost*, 2e éd., Cambridge (R.-U.), Cambridge University Press.

LAWRENCE, T. L. (1985), « Health care facilities for the elderly in Japan », *International Journal of Health Services*, vol. 15, pp. 677-697.

LEFEBVRE, L. A., Z. ZSIGMOND et M. S. DEVEREAUX (1979), *Hôpitaux – Horizon 2031, les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, 1967-2031*, Ottawa, Statistique Canada.

LÉGARÉ, J. (1966), « Quelques considérations sur les tables de mortalité de générations », *Population*, vol. 21, pp. 915-931.

LEUTZ, W. N., J. N. GREENBERG, R. ABRAHAMS et coll. (1985), *Changing Health Care for an Aging Society: Planning for the Social/Health Maintenance Organization*, Lexington (Mass.), Lexington Books, D. C. Heath & Co.

LEVASSEUR, M. (1983), *Des problèmes prioritaires*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec.

LEWIS, M. (1985), « Older women and health: An overview », *Women and Health*, vol. 10, pp. 1-16.

LOMAS, J. (1986), « Health care models: Emerging trends in the delivery of health services », *Clinical Biochemistry* (à paraître).

LOMAS, J. et G. L. STODDART (1982), « Estimates of the potential impact of nurse practitioners on future requirements for general practitioners », Research Report, n° 48, McMaster University, Faculty of Social Sciences, Program for Quantitative Studies in Economics and Population, Hamilton (Ont.).

LUBECK, D. P. et J. P. BUNKER (1982), « The artificial heart: Costs, risks, and benefits », Case Study, n° 9, dans U.S. Office of Technology Assessment, *The Implications of Cost-Effectiveness Analysis*.

LUBITZ, J. et R. PRIHODA (1984), « The use and costs of Medicare services in the last two years of life », *Health Care Financial Review*, vol. 5, pp. 117-131.

LURIE, N., N. B. WARD, M. F. SHAPIRO et R. H. BROOK (1984), « Termination from Medi-Cal: Does it affect health? », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, pp. 480-484.

MACDONALD, R., H. QURESHI et A. WALKER (1984), « Sheffield shows the way », *Community Care*, le 18 octobre, pp. 28-30.

MACLEAN, U. (1985), « Women and health in Europe: The scope and limits of epidemiology », *International Journal of Health Services*, vol. 15, pp. 665-676.

MADDOX, G. L. et K. G. MANTON (1986), « The limits of rationality in reshaping geriatric care », dans Eisdorfor, ed., *Reshaping Health Care for the Elderly*.

MANITOBA, Department of Health and Social Development (1973), *Aging in Manitoba*, Winnipeg, Gouvernement du Manitoba.

MANITOBA HEALTH SERVICES COMMISSION (1982), *Annual Statistics, 1980-81*, Winnipeg, MHSC.

_____ (1985), *Annual Statistics, 1983-84*, Winnipeg, MHSC.

MANNING, W. G., A. LEIBOWITZ, G. A. GOLDBERG et coll. (1984), « A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services », *New England Journal of Medicine*, vol. 310, pp. 1505-1510.

MANTON, K. G. (1982), « Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 60, pp. 183-244.

_____ (1984), « Mortality patterns in developed countries », dans Tommasen, ed., *Comparative Social Research*, pp. 259-286.

_____ (1986*a*), « Cause specific mortality patterns among the oldest old: Multiple cause of death trends, 1968-1980 », *Journal of Gerontology*, vol. 41, pp. 282-289.

_____ (1986*b*), « Past and future life expectancy increases at later ages: Their implications for the linkage of chronic morbidity, disability, and mortality », soumis pour publication au *Journal of Gerontology*.

_____ (1986*c*), « The linkage of health status changes and workability », communication présentée à l'atelier « Prevention as a Way to Improve Work Capacity in Older People », The Brookings Institution, Washington (D.C.), les 8 et 9 mai.

MANTON, K. G. et K. LIU (1986), « Multivariate determinants of out-of-pocket payments for home based care ».

MANTON, K. G. et J. W. VERTREES (1984), « Use of grade of membership analysis to evaluate and modify DRGs », *Medical Care*, vol. 22, pp. 1067-1082.

MANTON, K. G. et A. I. YASHIN (1986), « Control issues in stochastic models of subnational health service delivery systems », dans *Application of Operations Research Technology*.

MAYNARD, A. (1982), « The regulation of public and private health care markets », dans *Public/Private Mix for Health*, pp. 473-511.

MCKEOWN, T. (1976), « The role of medicine: Dream, mirage or nemesis? », Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.

_____ (1982), « Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles – Le comportement, l'environnement et la médecine », *Médecine et société – Les années 80*, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, pp. 143-175.

MCNEIL, B. J., R. WEICHSELBAUM et S. G. PAUKER (1981), « Speech and survival: Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 305, pp. 982-987.

MECHANIC, D. (1985), « Cost containment and the quality of medical care: Rationing strategies in an era of constrained resources », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 63, pp. 453-475.

MERRIKEN, K. et T. D. OVERCAST (1985), « Patient selection for heart transplantation: When is a discriminating choice discrimination? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 10, pp. 7-32.

MERRISON, A. (1979), *Report*, Royal Commission on the National Health Service, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

MILLER, D. B. (1985), « Women and long-term nursing care », *Women and Health*, vol. 10, pp. 29-38.

MINAKER, K. L. et J. W. ROWE (1985), « Health and disease among the oldest old: A clinical perspective », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 63, pp. 350-376.

MINTZBERG, H. (1983), *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall.

MOLONEY, T. W. et D. E. ROGERS (1979), « Medical technology: A different view of the contentious debate over costs », *New England Journal of Medicine*, vol. 301, pp. 1413-1419.

MORONEY, R. M. (1978), *The Family and the State*, Londres, Longman.

MOSSEY, J. M., B. HAVENS, N. P. ROOS et E. SHAPIRO (1981), « The Manitoba longitudinal study on aging: Description and methods », *Gerontologist*, vol. 21, pp. 551-558.

MOSSEY, J. M. et E. SHAPIRO (1985), « Physician use by the elderly over an eight-year period », *American Journal of Public Health*, vol. 75, pp. 1333-1334.

MULLEN, P. D. et J. G. ZAPKA (1981), « Health education and promotion in HMOs: The recent evidence », *Health Education Quarterly*, vol. 8, pp. 292-315.

MUNDINGER, M. O. (1985), « Health service funding cuts and the declining health of the poor », *New England Journal of Medicine*, vol. 313, pp. 44-47.

MYERS, G. C. et K. G. MANTON (1984*a*), « Compression of mortality: Myth or reality? », *Journal of Gerontology*, vol. 24, pp. 346-353.

MYERS, G. C. et K. G. MANTON (1984*b*), « Recent changes in the U.S. age at death distribution: Further observations », *Journal of Gerontology*, vol. 24, pp. 572-575.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH SERVICES RESEARCH (1985), *U.S. Decennial Life Tables for 1979-81*, vol. I, Hawaii State Life Tables, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 85-1150, Hyattsville (Maryland).

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1984), *Health, United States*, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 85-1232, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

NEWHOUSE, J. P., W. G. MANNING, C. N. MORRIS et coll. (1981), « Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance », *New England Journal of Medicine*, vol. 305, pp. 1501-1507.

NISSEL, M. et L. BONNERJEA (1982), *Family Care of the Handicapped Elderly: Who Pays?*, Londres, Policy Studies Institute.

OMRAN, A. R. (1971), « The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, pp. 509-538.

OPIT, L. J. (1977), « Domiciliary care for the elderly sick: Economy or neglect? », *British Medical Journal*, vol. 1, pp. 30-33.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (1985), *La santé en chiffres, 1960-1983*, Études de politique sociale, n° 2, Paris, OCDE.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1985), *World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1982*, Études démographiques, n° 86, New York, ONU.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1974), « Expert committee report on planning and organization of geriatrics services », Genève.

_____ (1980), *CIH : Déficience, incapacité et désavantage*, Genève, OMS.

_____ (1984*a*), *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*, Genève, OMS.

_____ (1984*b*), *The Use of Epidemiology in the Study of the Elderly*, TRS n° 706, Genève, OMS.

_____ (1984*c*), « Buts régionaux proposés dans le cadre de la stratégie régionale de la santé pour tous », EUR/RC34/7, Rev. 1, 6827L/6820L, Genève, le 21 décembre.

OVERCAST, T. D., K. J. MERRIKEN et R. W. EVANS (1985), « Malpractice issues in heart transplantation », *American Journal of Law and Medicine*, vol. 10, pp. 363-395.

OWEN, J. W. (1985), « A hospital incentive payment system », *World Hospitals*, vol. 21, n° 4, pp. 38-40.

PARKER, R. (1981), « Tending and social policy », dans Goldberg et Hatch, ed., *A New Look at the Personal Social Services*.

PATTISON, R. V. et H. M. KATZ (1983), « Investor-owned and not-for-profit hospitals: A comparison based on California data », *New England Journal of Medicine*, vol. 309, pp. 345-353.

PELHAM, A. O. et W. F. CLARK, ed. (1986), *Managing Home Care for the Elderly*, New York, Springer.

PELL, S. et M. P. H. FAYERWEATHER (1985), « Trends in the incidence of myocardial infarction and in associated mortality and morbidity in a large employed population, 1957-1983 », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, pp. 1005-1011.

PÉRON, Y. et C. STROHMENGER (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*, Ottawa, Statistique Canada.

Population Aging in Japan: Problems and Policy Issues in 21st Century (1982), compte-rendu d'un symposium international sur « An Aging Society: Strategies for 21st Century Japan », Tokyo, Université Nihon, du 24 au 27 novembre.

POWER, M. et S. KELLY (1981), « Evaluating domiciliary volunteer care of the very old », dans Goldberg et Connelly, ed., *Evaluative Research in Social Care*, pp. 214-234.

Proceedings of the Conference on the Decline in Coronary Heart Disease Mortality (1979), Washington (D.C.), U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Public/Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change (1982), Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

QURESHI, H. et A. WALKER (1986), *The Caring Relationship: The Family Care of Elderly People*, Londres, Macmillan.

RATHBONE-MCCUAN, E. (1985), « Health needs and social policy », *Women and Health*, vol. 10, pp. 17-27.

RECHNITZER, P. A. et coll. (1983), « The relationship of exercise to the recurrence rate of myocardial infarction in men », *American Journal of Cardiology*, vol. 51, pp. 65-69.

REGGIA, J. A. et S. TUHRIM, ed. (1985), *Computer-Assisted Medical Decision Making*, New York, Springer.

RELMAN, A. S. (1982), « An institute for health-care evaluation », *New England Journal of Medicine*, vol. 306, pp. 669-670.

RICE, D. P. et C. L. ESTES (1984), « Health of the elderly: Policy issues and challenges », *Health Affairs*, vol. 3, n° 4, pp. 25-49.

RICE, D. P. et J. J. FELDMAN (1983), « Living longer in the United States: Demographic changes and health needs of the elderly », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 61, pp. 362-396.

RIES, P. W. (1983), « Americans assess their health: United States, 1978 », *Vital and Health Statistics*, série 10, n° 142, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 83-1570, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

RILEY, G., J. LUBITZ, R. PRIHODA et M. A. STEVENSON (1985), « Changes in the distribution of Medicare expenditures among aged enrollees, 1969 to 1982 », Working Paper Series, n° 85-12, U.S. Department of Health and Human Services, Washington (D.C.).

ROBERTSON, D., L. CHRIST et L. STALDER (1982), « Geriatric assessment unit in a teaching hospital », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 16, pp. 1060-1064.

ROBERTSON, D. et K. ROCKWOOD (1982), « Outcome of hospital admission of the very elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 30, pp. 101-104.

ROBINE, J. M. et Y. BRUNELLE (1986), *L'évolution de l'incidence de l'invalidité dans la population adulte de 25 à 64 ans au Québec, entre 1972 et 1982*, Conseil des affaires sociales et de la famille (à paraître).

ROBINE, J. M., F. HATTON et J. LION (1985), « Rapport au haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, mortalité, morbidité... », Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris.

ROBINSON, P. K. et coll., ed. (1984), *Aging and Technological Advances*, New York, Plenum.

ROCH, D. J., R. G. EVANS et D. W. PASCOE (1985), *Manitoba and Medicare: 1971 to the Present*, Winnipeg, ministère de la Santé.

ROEMER, M. (1961), « Bed supply and hospital utilization », *Hospitals*.

ROOS, L. L., J. P. NICOL, C. JOHNSON et N. P. ROOS (1979), « Using administrative data banks for research and evaluation: A case study », *Evaluation Quarterly*, vol. 3, pp. 236-255.

ROOS, L. L et N. P. ROOS (1983), « Assessing existing technologies: The Manitoba study of common surgical procedures », *Medical Care*, vol. 21, pp. 454-462.

ROOS, N. P. (1984), « Hysterectomy: Variations in rates across small areas and across physicians' practices », *American Journal of Public Health*, vol. 74, pp. 327-335.

ROOS, N. P., G. FLOWERDEW, A. WAJDA et R. B TATE (1986), « Variations in physicians' hospitalization practices: A population-based study in Manitoba, Canada », *American Journal of Public Health*, vol. 76, pp. 45-51.

ROOS, N. P., P. D. HENTELEFF et L. L. ROOS (1977), « A new audit procedure applied to an old question: Is the frequency of T&A justified? », *Medical Care*, vol. 15, pp. 1-18.

ROOS, N. P. et L. L. ROOS, Jr. (1981), « High and low surgical rates: Risk factors for area residents », *American Journal of Public Health*, vol. 71, pp. 591-600.

ROOS, N. P. et L. L. ROOS, Jr. (1982), « Surgical rate variations: Do they reflect the health or socio-economic characteristics of the population », *Medical Care*, vol. 20, pp. 945-958.

ROOS, N. P. et E. SHAPIRO (1981), « The Manitoba longitudinal study on aging: Preliminary findings on health care utilization by the elderly », *Medical Care*, vol. 19, pp. 644-657.

ROSE, G. (1985), « Sick individuals and sick populations », *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, pp. 32-38.

ROSE, G. et coll. (1982), « A randomized controlled trial of anti-smoking advice », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 36, pp. 102-108.

ROSENTHAL, C. J. (1985), « Response to Vern Bengtson's address », communication présentée à la réunion de l'Association canadienne de gérontologie, Hamilton (Ont.), le 19 octobre.

ROWE, D. S. et G. E. BISBEE (1978), « Preventive health care in the HMO: Cost benefit issues », *Journal of the American College Health Association*, vol. 26, pp. 298-301.

ROY, L. (1983), *Des victoires sur la mort*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS COMMITTEE ON GERIATRICS (1981), « Organic mental impairment in the elderly: Implications for research, education and provision of services », *Journal of the Royal College of Physicians*, vol. 15, n° 3.

ROYBAL, E. A. (1984), *World Health Systems: Lessons for the United States*, Committee Publications, n° 98-430, U.S. House of Representatives, Select Committee on Aging, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

RUBENSTEIN, L. Z., K. R. JOSEPHSON, D. WEILAND et coll. (1984), « Effectiveness of a geriatric evaluation unit: A randomized clinical trial », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, pp. 1664-1670.

RUFFIÉ, J. (1976), *De la biologie à la culture*, Paris, Flammarion.

RYTEN, E. (1985), « A review of trends in the number of places available for the study of medicine in Canada », Association des facultés de médecine du Canada, Ottawa.

SANDERS, B. S. (1964), « Measuring community health levels », *American Journal of Epidemiology*, vol. 54, pp. 1063-1071.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Direction générale des programmes de la santé (1977), *Études de la documentation sur les soins à domicile*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

_____, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information (1982), *Étude conjointe des gouvernements manitobain et canadien sur les soins à domicile*, Ottawa, SBSC.

_____, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information (1984), *Dépenses nationales sur la santé, 1970-1982*, Ottawa, SBSC.

SAUDIER, S. (1983), « Comparison of health expenditures in France and in the United States, 1950-1978 », *Vital and Health Statistics*, série 3, n° 21, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

SCHWARTZ, W. B. et H. J. AARON (1984), « Rationing hospital care: Lessons from Britain », *New England Journal of Medicine*, vol. 310, pp. 52-56.

SCHWARTZ, W. B. et H. J. AARON (1985), « Health care costs: The social tradeoffs », *Issues in Science and Technology*, vol. 1, n° 2, pp. 39-46.

SCHWENGER, C. W. (1985), « Health care for elderly Canadians: Summary of conclusions and recommendations ».

SCHWENGER, C. W. et M. J. GROSS (1981), *Health Care Costs for the Elderly in Ontario: 1976-2026*, Toronto, Economic Council of Ontario.

SCITOVSKY, A. A. (1984), « The high cost of dying: What do the data show? », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 62, pp. 591-608.

_____ (1985), « Medical costs in the last year of life », *Generations*, été, pp. 17-29.

SCITOVSKY, A. A. et N. MCCALL (1975), *Changes in the Costs of Treatment of Selected Illnesses, 1951, 1961, 1971*, Rockville (Maryland), National Center for Health Services Research.

SEYD, R., K. SIMONS, A. TENNANT et M. BAYLEY (1984), « Community care in Dinnington: Informal support prior to the project », publ. n° 3, University of Sheffield, Neighbourhood Services Project, Sheffield (R.-U.).

SHAH, C. P. (1980), « Day-care surgery in Canada: Evolution, policy and experience of provinces », *Canadian Anaesthetists' Society Journal*, vol. 27, pp. 399-405.

SHANAS, E., ed. (1965), *Social Structure and the Family*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall.

_____ (1979), « The family as a support system in old age », *Gerontologist*, vol. 19, n° 2, pp. 169-183.

SHANAS, E., P. TOWNSEND, D. WEDDERBURN et coll. (1968), *Old People in Three Industrial Societies*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

SHAPIRO, E. (1983), « Impending death and the use of hospitals by the elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 31, pp. 348-351.

_____ (1985), « Caring about carers: What have we learned from research and experience? », communication présentée à l'Alberta Association on Gerontology, mai.

SHEPARD, D. F. (1983), « Estimating the effect of hospital closure on area-wide inpatient hospital costs: A preliminary model and application », *Health Services Research*, vol. 18, pp. 513-549.

SHEPARD, D. F. et D. N. SOULE (1981), « Estimating hospital cost by diagnosis for population based analysis », *Journal of Community Health*, vol. 7, pp. 2-20.

SIEGEL, J. S. (1980), « Recent and prospective demographic trends for the elderly population and some implications for health care », dans Haynes et Feinleib, ed., *Epidemiology of Aging*.

SKELLIE, F. A., G. M. MOBLEY et R. E. COAN (1982), « Cost effectiveness of community based long-term care: Current findings from Georgia's alternative health services project », *American Journal of Public Health*, vol. 72, pp. 353-357.

SLOAN, F. A. et R. A. VRACIV (1983), « Investor-owned and not-for-profit hospital: Addressing some issues », *Health Affairs*, vol. 2, n° 1, pp. 25-37.

SMART, R. G. et F. B. GLASER, ed. (1984), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York, Plenum.

SOLDO, B. J. et K. G. MANTON (1985), « Health status and service needs of the oldest old: Current patterns and future trends », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 63, pp. 286-319.

SOMERS, A. R. (1982), « Long-term care for the elderly and disabled: A new health priority », *New England Journal of Medicine*, vol. 307, pp. 221-226.

_____ (1985), « Financing long-term care for the elderly: Institutions, incentives, issues », dans Institute of Medicine, *Health in an Older Society*, pp. 182-233.

SORLIE, P. et coll. (1980), « Body build and mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 243, pp. 1828-1831.

SPITZER, W. O. (1984), « The nurse practitioner revisited: Slow death of a good idea », *New England Journal of Medicine*, vol. 310, pp. 1049-1051.

STATISTIQUE CANADA (1978), *Sécurité sociale, 1978*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

_____ (1984), *La morbidité hospitalière, 1979-81*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

_____ (1985), *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1984-2006*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

STODDART, G. L. (1985), « Rationalizing the health care system », dans Courchene, Conklin et Cook, ed., *Ottawa and the Provinces*.

STODDART, G. L. et R. J. LABELLE (1985), « Privatization in the Canadian health care system: Assertions, evidence, ideology and options », Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

STODDART, G. L. et J. LOMAS (1982), « Physician manpower under competing health plans: Where we could be, where we are, and issues in getting from here to there », Research Paper, n° 3, Council of Ontario Universities, Task Force on Medical Manpower, Toronto.

STODDART, G. L. et J. R. SELDON (1984), « Publicly financed competition in Canadian health care delivery: A proposed alternative to increased regulation? », dans Boan, ed., *Proceedings of the Second Canadian Conference on Health Economics*, pp. 121-143.

STOLEE, P., K. ROCKWOOD et D. ROBERTSON (1982), *Saskatchewan Health Status Survey of the Elderly*, « Report II: The elderly in the community », Division of Geriatric Medicine, Regina (Sask.), University of Saskatchewan.

STOLLER, E. P. et L. L. EARL (1983), « Helping with activities of everyday life: Sources of support for the noninstitutionalised elderly », *Gerontologist*, vol. 23, pp. 64-70.

STONE, L. O. et S. FLETCHER (1980), *A Profile of Canada's Older Population*, Montréal, Institut de recherches politiques.

SULLIVAN, D. F. (1971), « A single index of mortality and morbidity », *HSMHA Health Reports*, vol. 86, pp. 347-354.

TARLOV, A. R. (1983), « The increasing supply of physicians, the changing structure of the health-services system and the future practice of medicine », *New England Journal of Medicine*, vol. 308, pp. 1235-1244.

TEASDALE, T. A., L. SHUMAN, E. SNOW et coll. (198?), « A comparison of placement outcomes of geriatric cohorts receiving care in a geriatric assessment unit and on general medical floors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 31, pp. 529-531.

THOMAS, L. (1974), *The Lives of the Cell: Notes of a Biology Watcher*, New York, Viking; et Toronto, Bantam.

TINKER, A. (1983), *The Elderly in Modern Society*, 2e éd., Londres, Longman.

_____ (1984), *Staying at Home*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

TITMUSS, R. M. (1981), *Essays on 'The Welfare State'*, Londres, Allen & Unwin.

TOLLEY, H. D., K. G. MANTON et J. W. VERTREES (1986), « An evaluation of three payment strategies for capitation for Medicare ».

TOMMASEN, R. F., ed. (1984), *Comparative Social Research*, Greenwich (Conn.), Jai Press.

TORREY, B. B. (1984), « The visible costs of the invisible aged: The fiscal implications of the growth in the very old », communication présentée à la rencontre de l'American Association for the Advancement of Science, New York, mai.

TOWNSEND, P. (1962), *The Last Refuge*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

_____ (1965), « The effects of family structure on the likelihood of admission to an institution in old age: The application of a general theory », dans Shanas, ed., *Social Structure and the Family*, pp. 163-187.

_____ (1979), *Poverty in the United Kingdom*, Harmondsworth (R.-U.), Penguin Books.

_____ (1981*a*), « The structured dependency of the elderly: Creation of social policy in the twentieth century », *Ageing and Society*, vol. 1, n° 1, pp. 5-28.

_____ (1981*b*), « Elderly people with disabilities », dans Walker et Townsend, ed., *Disability in Britain*, pp. 91-118.

TOWNSEND, P. et N. DAVIDSON (1982), *Inequalities in Health*, Harmondsworth (R.-U.), Penguin Books.

TUCKER, M. A., G. DAVISON et S. J. OGLE (1984), « Day hospital rehabilitation: Effectiveness and cost in the elderly », *British Medical Journal*, vol. 289, pp. 1209-1212.

UNITED HOSPITAL FUND OF NEW YORK (1985), *Hospitals and the Uninsured Poor: Measuring and Paying for Uncompensated Care*, New York, UHF.

U.K. AUDIT INSPECTORATE (1983), *Social Services: Provision of Care for the Elderly*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

U.K. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES (1981), *Growing Older*, Cmnd 8173, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

_____ (1983*a*), *Elderly People in the Community*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

_____, Health Advisory Service (1983*b*), *The Rising Tide*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

U.K. OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (1981), *General Household Survey, 1980*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

U.S. BUREAU OF THE CENSUS (1984), « Current population reports », *Projections of the Population of the United States, by Age, Sex, and Race: 1983 to 2080*, série P-25, n° 952, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

U.S. CHAMBER OF COMMERCE (1985), *Employee Benefits, 1984*, Washington (D.C.).

_____ (1986), « Employee benefits stay steady as payroll percent in 1984, but composition changes », *Medical Benefits*, vol. 3, n° 4, pp. 1-3.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1979), *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____, Public Health Service (1980), « Promoting health/preventing disease: Objectives for the nation », Hyattsville (Maryland).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1981), *Long-Term Care: Background and Future Directions*, HCFA, publ. n° 81-20047, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1984), *Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1985*a*), « Prevention, 1984-85 », publ. n° 474-512, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____, Task Force on Organ Transplantation (1985*b*), « Report to the Secretary and the Congress on Immunosuppressive Therapies », Office of Organ Transplantation, Rockville (Maryland).

U.S. HOSPITAL RESEARCH AND EDUCATIONAL TRUST (1984), *Long-Term Care Systems for the Elderly*, Chicago, HRET.

U. S. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1978), *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1980), *The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1981*a*), *Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1981*b*), *Policy Implications of the Computed Tomography (CT) Scanner: An Update*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1984*a*), *Medical Technology and the Costs of the Medicare Program*, publ. n° OTA-H-227, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

_____ (1984*b*), *Update of Federal Activities Regarding the Use of Pneumococcal Vaccine*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

U.S. SENATE, Special Committee on Aging (1984), *Long-Term Care in Western Europe and Canada. Implications for the United States*, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

VAYDA, E. (1973), « A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales », *New England Journal of Medicine*, vol. 289, pp. 1224-1229.

VAYDA, E., J. M. BARNSLEY, W. R. MINDELL et B. CARDILLO (1984), « Surgical rates in small areas: A five-year study of Ontario's counties from 1973-1977 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 131, pp. 111-115.

VERTREES, J. W. et K. G. MANTON (1986), « An assessment of the complexity of chronic disease manifestation at later ages », *Inquiry* (à paraître).

WALKER, A. (1980*a*), « The social creation of poverty and dependency in old age », *Journal of Social Policy*, vol. 9, pp. 45-75.

_____ (1980*b*), « The social origins of impairment, disability and handicap », *Medicine and Society*, vol. 6, n° 2/3, pp. 18-26.

_____ (1981*a*), « Towards a political economy of old age », *Ageing and Society*, vol. 1, pp. 73-94.

_____ (1981*b*), « Community care and the elderly in Great Britain: Theory and practice », *International Journal of Health Services*, vol. 11, pp. 541-557.

_____ (1982), « Dependency and old age », *Social Policy and Administration*, vol. 16, pp. 115-135.

_____ (1983), « Social policy and elderly people in Great Britain: The construction of dependent social and economic status in old age », dans Guillemard, ed., *Old Age and the Welfare State*, pp. 143-168.

_____ (1985), *The Care Gap: How Can Local Authorities Meet the Needs of the Elderly?*, Londres, Local Government Information Unit.

_____, ed. (1982*a*), *Community Care: The State, the Family and Social Policy*, Oxford, Blackwell.

_____, ed. (1982*b*), *Public Expenditure and Social Policy*, Londres, Heinemann.

WALKER, A. et P. TOWNSEND, ed. (1981), *Disability in Britain*, Oxford, Blackwell.

WARNER, K. E. et B. R. LUCE (1982), *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care*, Ann Arbor (Mich.), Health Administration Press.

WARNER, K. E. et H. A. MURT (1984), « Economic incentives for health », *Annual Review of Public Health*, vol. 5, pp. 107-133.

WATT, J. M., R. A. DERZON, S. C. RENN et coll. (1985), « The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals », *New England Journal of Medicine*, vol. 312, pp. 579-582.

WEISSERT, W. G. (1978), « Cost of adult day care: A comparison to nursing home costs », *Inquiry*, vol. 15, pp. 10-19.

_____ (1985), « Seven reasons why it is so difficult to make community-based long-term care cost-effective », *Health Services Research*, vol. 20, pp. 423-433.

WENGER, C. (1984), *The Supportive Network*, Londres, Allen & Unwin.

WENNBERG, J. E. (1984), « Dealing with medical practice variations: A proposal for action », *Health Affairs*, vol. 2, été, pp. 6-32.

_____ (1985), « On patient need, equity, supplier induced demand and the need to assess the outcome of common medical practices », *Medical Care*, vol. 23, pp. 512-520.

WENNBERG, J. E., B. A. BARNES et M. ZUBKOFF (1982), « Professional uncertainty and the problem of supplier induced demand », *Social Science and Medicine*, vol. 16, pp. 811-824.

WHITTAKER, J. K. et J. GARBARINO, ed. (1983), *Social Support Networks: Informal Helping in the Human Services*, New York, Aldine.

WICKS, M. (1982), « Community care and elderly people », dans Walker, ed., *Community Care*, pp. 97-117.

WILDAVSKY, A. (1977), « Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy », dans Knowles, ed., *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 105-123.

_____ (1979), *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*, Boston, Little Brown.

WILDER, C. S. (1983), « Disability Days: United States, 1980 », *Vital and Health Statistics*, série 10, n° 143, U.S. Department of Health and Human Services, publ. n° (PHS) 83-1571, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.

WILENSKY, G. R. et M. L. BERK (1985), « The poor, sick, uninsured, and the role of Medicaid », dans United Hospital Fund, *Hospitals and the Uninsured Poor*.

WILKINS, R. (1980), *L'état de santé au Canada, 1926-1976*, publ. n° 13, Montréal, Institut de recherches politiques, mai.

WILKINS, R. et O. B. ADAMS (1983*a*), *Healthfulness of Life*, Montréal, Institut de recherches politiques.

WILKINS, R. et O. B. ADAMS (1983*b*), « Health expectancy in Canada, late 1970s: Demographic, regional and social dimensions », *American Journal of Public Health*, vol. 73, pp. 1073-1080.

WILLEMS, J. S., C. R. SANDERS, M. A. RIDDIOUGH et J. C. BELL (1980), « Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, pp. 553-559.

WILLIAMS, A. (1985), « Economics and the rational use of medical technology », communication présentée à la

conférence sur « Economics of Medical Technology », Valkenburg, Pays-Bas, du 2 au 4 septembre.

WILSON, E. (1982), « Women, the 'community' and the 'family' », dans Walker, ed., *Community Care*, pp. 40-55.

WODINSKY, H., P. GEUKERS, V. ESKEDJIAN et R. DEBER (1985), « CT scanner policy in Ontario », University of Toronto, Department of Health Administration, Toronto.

WOOD, P. H. N. (1980), « Comment mesurer les conséquences des maladies chroniques », *Chronique OMS*, vol. 34, pp. 400-405.

WOODBURY, M. A. et K. G. MANTON (1982), « A new procedure for analysis of medical classification », *Methods of Information in Medicine*, vol. 21, pp. 210-220.

WOODS GORDON MANAGEMENT CONSULTANTS (1984), *Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada*, document préparé pour le Groupe de travail sur la répartition des ressources en soins de santé, Toronto.

WRIGHT, K. (1982), « The economics of community care », dans Walker, ed., *Community Care*, pp. 161-178.

Conseil économique
du Canada

Economic Council
of Canada